

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° -180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 avril 1891, à 1 heure

Par FÉLIX THOMAS

Né à Arnay-le-Duc (Côte-d'Or), le 9 mai 1866.

DES ABCÈS TUBERCULEUX PÉRINÉPHRÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
CHAUFFARD, TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 avril 1891, à 1 heure

Par FÉLIX THOMAS

Né à Arnay-le-Duc (Côte-d'Or), le 9 mai 1866.

DES ABCÈS TUBERCULEUX PÉRINÉPHRÉTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
CHAUFFARD, TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.	TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agréés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR TARNIER

Président de l'Académie de médecine
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
Commandeur de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de médecine opératoire à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

DES

ABCÈS TUBERCULEUX PÉRINÉPHRÉTIQUES

INTRODUCTION

Les abcès tuberculeux périnéphrétiques ont fait depuis Rayer l'objet de nombreuses publications, mais nulle part aucune étude générale n'a été faite sur cette affection particulière de la capsule graisseuse des reins.

M. Tuffier ayant opéré ces derniers temps plusieurs malades atteints d'abcès froids péri-rénaux, a bien voulu nous communiquer ces observations inédites pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale. C'est guidé par cet excellent maître que nous avons entrepris ce travail.

Nous n'avons donc pas la prétention d'écrire quelque chose de nouveau, notre rôle sera plus modeste, nous nous contenterons de faire une étude clinique de ces abcès tuberculeux périnéphrétiques, en coordonnant, d'après les documents que nous avons pu recueillir, les faits les plus intéressants et en mettant en relief les points qui nous ont paru dominer l'histoire de ces suppurations.

Nous donnerons d'abord très succinctement l'anatomie de la région, et, après avoir rappelé les noms de ceux qui ont observé des cas d'abcès tuberculeux périnéphrétiques

nous consacrerons un long chapitre à l'étiologie qui est le point capital, nous passerons rapidement sur l'anatomie pathologique, pour aborder ensuite l'étude clinique de ces collections purulentes, leur marche, leur terminaison.

Nous insisterons sur la gravité du pronostic et nous montrerons combien est difficile, non pas le diagnostic de l'abcès en lui-même, mais le diagnostic de la cause ; le traitement de ces collections purulentes fera l'objet d'un chapitre spécial, et nous tirerons les conclusions que comportera ce sujet.

Mais avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le D^r Tuffier, professeur agrégé, sous les auspices duquel nous l'avons entrepris, notre plus vive gratitude pour tous les renseignements qu'il nous a fournis et les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous avons été considérablement aidés dans les recherches bibliographiques des auteurs français et étrangers par notre ami Bresset ; qu'il reçoive ici une nouvelle preuve de notre amitié et de notre reconnaissance.

Nous remercions, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Tarnier, Debove, Le Dentu, et MM. Féréol et Bazy.

Que M. le professeur Tillaux, dont nous avons été l'élève au début de nos études médicales, reçoive les hommages de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Bien qu'il n'y ait pas d'histoire proprement dite des abcès froids périnéphrétiques, cette localisation de la tuberculose était cependant connue depuis longtemps, puisque vers 1767 Morgagni (1) rapporte le cas d'un jeune homme qui, après avoir présenté des tumeurs ganglionnaires au col, à l'aisselle, mourut de phthisie. *On trouva alors à l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses des autres organes, un épaissement considérable de la tunique graisseuse des reins, qui était en outre remplie de matière caséeuse.*

Mais c'est dans Rayer (2) qui a écrit de main de maître l'histoire des maladies du rein, que nous trouvons, avec observations à l'appui, des détails plus complets sur cette affection encore peu étudiée.

Il cite en effet de Haen (3), qui publia l'observation d'un malade atteint d'abcès lombaire à lente évolution, et que cet auteur désigna sous le nom de phthisie cellulaire.

A partir de ce moment, les faits se multiplient, et nous

1. Morgagni. *De Sedibus et Causis Morborum*, 1767. T. IV, p. 336.

2. Rayer. *Maladie des reins*. T. 3, p. 260 et 662.

3. De Haen. Cité par Rayer.

trouvons dans les nombreux travaux sur la périnéphrite, la tuberculose vertébrale ou génitale indiquée comme cause de suppuration périrénale (Parmentier (1), Féron (2).

Mais aucun de ces auteurs ne cite à l'appui de faits bien probants.

Il faut arriver jusqu'à ces trente dernières années pour trouver dans les diverses publications des cas bien authentiques.

Naudet (3) dans sa thèse rapporte une observation très intéressante.

Kröetschmar (4), dans son travail sur la périnéphrite donne à la tuberculose en général une place importante dans l'étiologie de cette affection.

Et c'est alors que sont publiées les observations de Chauffard (5), Champetier de Ribes (6), Besson (7), Dumur (8), Doyen (9), Bouilly (10), ainsi que celles des auteurs

1. Parmentier. Th. de Paris.
2. Féron. Th. de Paris.
3. Naudet. Th. Paris, 1870, p. 24.
4. Krætschmar. Th. Paris, 1872, p. 10.
5. Chauffard. *Soc. Anat.*, 1880, p. 413.
6. Champetier de Ribes. *Soc. Anat.*, 1877, p. 562.
7. Besson. *Gaz. Méd. de Paris*, 1886, p. 521.
8. Dumur. *Ann. des Maladies des organes génitaux|urinaires*, 1889, p. 573.
9. Doyen. *Soc. Anat.*, 1882, p. 110.
10. Bouilly. *Pathol. Externe* T. IV, p. 20.

étrangers, tels que Morris (1), Dickinson (2), Hartley (3), Duncan (4), Elder (5), Marsh (6), Nieten (7).

M. le professeur Lannelongue (8), dans ses leçons sur la tuberculose osseuse, insiste sur la propagation des abcès par congestion à la couche graisseuse périnéphrétique.

Fischer (9), dans ses leçons sur les maladies des reins, consacre un chapitre spécial aux inflammations tuberculeuses, quelle qu'en soit l'origine de la zone celluleuse périnéphrétique. Il nous fait connaître leur étiologie, leur évolution lente et insidieuse, et nous fait prévoir la difficulté de leur diagnostic.

Enfin, M. Tuffier a opéré un certain nombre d'abcès tuberculeux périnéphrétiques dont les observations inédites seront consignées dans notre thèse.

1. Morris. *Surgical Diseases of the Kidney*. London, 1885.
2. Dickinson. *Rénal And Urinary affections*, 1885, p. 678 et 811.
3. Hartley. *British. M. J.*, 1877, p. 944.
4. Duncan. *Edinb. Med. S. J.*, 1881. T. I.
5. Elder. *Lancet*, 1882. T. 2.
6. Marsh. *Lancet*, 1888. T. I, p. 469.
7. Nieten. *Deutsche Archiv f Klinisch. Medicin*, 1878. T. 22, p. 451.
8. Lannelongue. *Tuberculose vertébrale*, p. 370 et 380.
9. Fischer. *Sammlung Klin. Vortrage* (Wolkmann), n. 253 (Chirurgie, n. 79), p. 2153.

ANATOMIE

Le reins profondément situés dans la région lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale, sont entourés par une masse de tissu cellulaire plus ou moins dense.

Cette atmosphère celluleuse périrénale, bien vue par tous les anatomistes, n'a cependant été jusqu'alors l'objet d'aucun travail particulier, et c'est à M. Tuffier (1) que revient l'honneur d'avoir fait l'histoire de cette partie de l'anatomie chirurgicale. Aussi ferons-nous de nombreux emprunts à son excellente monographie.

La capsule adipeuse du rein est constante. Elle se retrouve chez tous les sujets, mais présente, suivant les individus, des différences parfois assez considérables. Elle varie également avec le sexe et l'état de santé ou de maladie. Elle n'est pas non plus répartie d'une façon régulière autour du rein.

Manquant presque complètement à la face antérieure de cet organe, elle acquiert au contraire une certaine épaisseur à sa partie postérieure, épaisseur qui peut aller jusqu'à 3 et 4 centimètres.

« Sur le bord convexe de la glande, elle forme une bande épaisse qui comble l'espace laissé libre entre

1. Tuffier. *La capsule adipeuse du rein. Son rôle au point de vue chirurgical.* Rev. de chirurgie, 1890.

« la face interne du colon et le rein, elle se continue
« là avec la graisse dans laquelle baigne le gros intestin,
« rapport important, comme nous le verrons. Sur le bord
« concave, elle se localise en un noyau épais, correspon-
« dant au hile de la glande et descendant le long de l'u-
« retère et des vaisseaux spermatiques, où fusent sou-
« vent les épanchements sanguins dans les déchirures du
« rein. Au-dessus et au-dessous du hile, ce n'est qu'une
« lame assez mince. Aux deux extrémités du rein elle
« forme deux bourrelets très épais. Le bourrelet supérieur
« correspond à la capsule surrénale et au diaphragme très
« mince à ce niveau, et qui peut même faire défaut. Le
« bourrelet inférieur comble un large sinus compris entre
« le colon et la paroi abdominale. L'extrémité inférieure
« de la glande s'enfonce dans cette masse qui lui forme
« une sorte de nid. Elle se continue avec la graisse sous-
« péritonéale. »

C'est donc surtout à la face postérieure du rein que la capsule adipeuse présente une épaisseur réellement appréciable.

Compacte et serrée sur le cadavre la masse graisseuse et diffluyente se laisse facilement déchirer sur le vivant.

Les recherches de MM. Tuffier et Lejars (1) ont montré que les veines de cette zone celluleuse étaient peu importantes. Aussi l'hémorragie est-elle insignifiante lorsqu'on opère dans cette région.

Fermée en avant par le rein qui lui constitue une sorte

1. Tuffier et Lejars. *Les veines de la capsule adipeuse du rein.*
Archives de physiologie, n. 1, janvier 1891.

de paroi antérieure, la capsule se trouve bridée en arrière par la paroi lombaire, qui se compose de deux parties principales.

1° Une interne allant des apophyses épineuses au bord externe de la masse sacro-lombaire et comprenant :

a) Le feuillet profond, peu solide de l'aponévrose du transverse.

b) Le muscle carré des lombes.

c) Le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse, très résistant.

d) La masse sacro-lombaire.

e) Le feuillet superficiel de l'aponévrose du transverse.

2° Une partie interne située à 8 centimètres en dehors de la ligne des apophyses, allant du bord externe de la masse sacro-lombaire au bord postérieur du muscle grand oblique, et correspondant au triangle de J.-L. Petit. A ce niveau on ne rencontre plus que l'aponévrose du transverse, et les muscles transverse et petit oblique ; c'est le point faible de la région. C'est là que les abcès viennent faire saillie en soulevant la peau.

Lorsque la communication entre la poche lombaire et la poche sous-cutanée se fait par une étroite ouverture, on a l'abcès dit en bissac, dit aussi en bouton de chemise.

Ainsi comprise, l'atmosphère celluleuse du rein sert, non seulement par sa distribution spéciale, de moyen de fixité à cet organe, mais elle lui permet encore par sa laxité, des mouvements normaux d'expansion et de translation.

Ces notions nous permettront de mieux nous rendre compte du développement des abcès périnéphrétiques, de leur marche et de leur terminaison.

ÉTIOLOGIE

Nous distinguerons les abcès froids périnéphrétiques d'après leur mode de développement en *primitifs et secondaires*.

Nous n'ignorons pas ce qu'a d'arbitraire en apparence une pareille division. Cependant certains faits cliniques nous obligent à la maintenir jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues confirmer ou infirmer ce que nous avançons.

Les abcès primitifs ne seraient autre chose que la localisation de la tuberculose dans l'atmosphère celluleuse périrénale. Il n'y a jusqu'ici que de rares observations absolument authentiques; mais pourquoi ne verrait-on pas cette manifestation de la tuberculose se développer primitivement dans la capsule adipeuse du rein, plutôt que dans d'autres régions également à l'abri, en apparence du moins de l'accès du bacille. D'ailleurs combien de ces suppurations bacillaires passent inaperçues au début et ne se sont révélées que beaucoup plus tard, alors que l'organisme presque tout entier est envahi?

Comme pour toutes les inflammations, c'est à la suite d'une cause banale que se développent ces tuberculoses périnéphrétiques.

Dickinson cite un cas d'abcès périnéphrétique à la suite d'une contusion lombaire. La marche lente de la maladie,

le développement consécutif ou tout au moins concomitant d'une pleurésie, font penser à une tuberculose, qui tout d'abord latente, s'est manifestée d'une façon plus aiguë dans le point qui a offert le moins de résistance.

OBSERVATION I

Périnéphrite à la suite de contusion chez un tuberculeux.

(Dickinson. *On Renal and Urinary Affections*).

(London, 1885, p. 679).

Contusion sur la région lombaire gauche en juillet 1879, chez un homme de 33 ans.

Douleurs consécutives ayant débuté au mois de mai de l'année suivante.

Jamais d'autres symptômes de tuberculose ; pas d'hémoptysies ; pas d'antécédents tuberculeux.

En juillet, la fluctuation est manifeste. On fait une ponction et on retire trois pintes de pus.

On incise et on fait un drainage.

La guérison survient un mois après.

En septembre, hémoptysies, expectorations purulentes.

Mort en décembre 1880.

Autopsie. — On trouve une grosse cavité rétropéritonéale entourant le rein qu'elle a en quelque sorte décollé.

Prolongements du côté du trou obturateur et du côté des lombes (endroit incisé).

Un autre prolongement passe en arrière du diaphragme, qui est perforé, et on constate un trajet fistuleux, étroit, ulcéré, et admettant le doigt et qui va s'ouvrir dans une bronche au niveau du hile.

Le poumon était farci de tubercules crus, on remarquait de petites cavernes dans le sommet.

Les deux reins sont sains, la capsule adipeuse du rein gauche est épaissie, adhérente, et présente des fausses membranes.

La colonne vertébrale et le bassin examinés avec soin n'offrent pas d'altération.

Cirrhose du foie.

Morris (1) qui résume ce fait dans son chapitre sur la périnéphrite n'hésite pas à considérer cet abcès comme un abcès froid.

Nous apportons encore à l'appui de notre thèse une observation qui vient confirmer ce que nous avançons.

OBSERVATION II (inédite, due à M. Tuffier, recueillie par
M. Baillet, interne).

L... D..., cocher, 31 ans. Entré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Th. Anger, suppléé par M. Tuffier, le 8 décembre 1890. Bonne santé habituelle. Il y a 10 ans il a un abcès froid au cou qui a guéri spontanément.

Depuis un an il a eu encore au cou plusieurs abcès froids qui ont guéri aussi spontanément. Deux d'entre eux ont laissé de petits trajets fistuleux.

État actuel. — Ce malade est porteur d'un abcès siégeant dans le flanc gauche en arrière et empiétant à la fois sur la région lombaire et la région iliaque. Volume d'une grosse orange.

Le début ne remonterait qu'à 6 semaines ; avant cette époque le malade n'avait rien au côté. Il se plaint seulement de quelques douleurs très vagues qui, dit-il, se promènent dans le côté.

11 décembre. — L'abcès est ouvert avec précautions antisepti-

1. Morris. *Surgical Diseases of the Kidney*, London, 1885.

ques, la collection est sous-cutanée. Une ouverture de 10 centimètres est faite. Il s'écoule environ un litre de pus jaune crémeux. L'exploration de la cavité montre alors qu'il existe trois poches communiquant entre elles. Une première poche sous-cutanée, une seconde dans la fosse iliaque interne, sous le péritoine, une troisième dans l'atmosphère celluleuse du rein ; chacune de ces poches est à peu près du volume du poing.

Il existe donc deux poches intra-abdominales et une extra-abdominale. L'orifice par lequel elles communiquent l'une avec l'autre laisse passer trois doigts de la main. Il est bridé en avant par le bord du grand oblique de l'abdomen, en arrière par le relief du bord externe du carré lombaire, en bas par la crête iliaque. Il semble que ce soit l'espace de J.-L. Petit très agrandi. L'exploration de la cavité de l'abcès ne montre aucune lésion osseuse apparente ; la crête iliaque n'est pas dénudée ; la colonne vertébrale, jusqu'à laquelle porte l'exploration, est intacte.

La genèse des accidents paraît être la suivante : abcès tuberculeux rétro-rénal ayant fusé à la fois dans la fosse iliaque interne et sous la peau par l'espace de J.-L. Petit.

Le rein paraît sain. Les urines examinées n'ont rien montré d'anormal.

Les parois de l'abcès ont été grattés aussi soigneusement que possible à la curette tranchante. Grand lavage avec la solution de chlorure de zinc au 1/50. Enfin le nettoyage de la cavité a été fait avec le doigt coiffé d'un morceau de gaz iodoformé trempée dans l'eau phéniquée forte. La cavité est bourrée de gaz iodoformé : premier pansement le quatrième jour. Pas de suppuration, un drain remplace la gaze iodoformée, puis pansement tous les deux jours. Suppuration insignifiante, et dès le huitième jour la cavité de l'abcès paraît tellement minime qu'elle n'admet pas plus de 20 centimètres cubes d'une solution borique avec laquelle on lui fait de grands lavages.

Guérison.

Malgré cela, il est certain que l'abcès froid périnéphrétique primitif est rare. « C'est exceptionnellement, dit Fischer (1), un des premiers signes de la tuberculose ».

Bien plus fréquents sont les abcès secondaires, c'est-à-dire survenant comme symptôme d'une tuberculose générale, ou arrivant comme signe consécutif de tuberculose d'un autre organe.

La série de ces manifestations périnéphrétiques de « l'ennemi héréditaire du genre humain » suivant l'expression de Fischer, est assez longue et assez complexe pour qu'il soit utile de faire une division.

C'est en effet tantôt des reins, et c'est le cas le plus fréquent, tantôt de la vessie, ou de tout autre partie de l'appareil génito-urinaire, que ces abcès tirent leur origine.

La tuberculose osseuse, la carie vertébrale en particulier vient apporter son contingent au développement de l'inflammation secondaire de la capsule graisseuse du rein.

Nous étudierons donc successivement chacune de ces origines et nous passerons ensuite en revue les causes secondaires occasionnelles qui ont pu dans une certaine mesure provoquer l'apparition des suppurations caséeuses périnéphrétiques.

La tuberculose du rein et surtout les abcès tuberculeux de cet organe, peuvent être considérés à juste titre comme une des causes de beaucoup les plus fréquentes, des abcès froids périnéphrétiques.

1. Fischer. *Sammlung. Klin. Vorträge* p. 2153, n° 253 (chir. n° 9).

C'est dans le courant où à la suite d'une pyélonéphrite suppurée que les masses caséuses faisant irruption dans le tissu cellulaire voisin déterminent son inflammation. Telle est l'observation rapportée par Duncan et citée par Brodeur dans sa thèse.

OBSERVATION III (de Duncan) (1).

Rein gauche caséux avec abcès périnéphrétique. Néphrotomie.
Mort.

Femme âgée de 32 ans. Depuis sa dernière couche, il y a un an douleurs vésicales, troubles de la miction ; hématuries.

Depuis quatre semaines, douleurs dans la région lombaire gauche et tuméfaction douloureuse dans la région rénale correspondante.

Par aspiration on retire deux onces de pus.

Opération 1881. — Incision lombaire et évacuation de l'abcès périnéphrétique. Le doigt introduit dans la poche sent à la place du rein une masse caséuse.

Pas de néphrectomie à cause de la faiblesse de la malade. Pas de calcul. Mort 5 jours après.

Autopsie. — Masses caséuses entre la plèvre et les quatrième, cinquième et sixième côte, et dans le poumon. Dégénérescence amyloïde de plusieurs organes.

La cause des troubles de la miction était évidemment due à l'état morbide du rein.

De même dans une autre observation retrouvons-nous les mêmes causes.

1. Duncan (*Edinb. Méd. Jour.*), T. I, 1881.

OBSERVATION IV

Tuffier. *Gaz. Hebd.*, 1890. — *Des incisions chirurgicales du rein.*
(Robineau-Duclos, thèse de Paris, 1890).

Tuberculose rénale. Absès périrénal. Incision du rein (Résumé).

G. A..., 48 ans, entré le 26 septembre 1889.

A eu plusieurs crises de coliques néphrétiques. Pas de graviers, pas de sang dans les urines ; urines troubles. Il y a 2 ans et demi, douleurs dans les reins, fièvre légère, amaigrissement.

Mictions fréquentes, épидidyme gauche induré, bosselé, prostate irrégulière, vessie très sensible. A l'exploration lombaire, rein droit volumineux. Diagnostic : pyélonéphrite tuberculeuse avec dégénérescence graisseuse du foie. Etat général mauvais. Tuberculose pulmonaire au début.

Le 12 octobre. — Ponctions, quelques grammes de pus.

Le 19 octobre. — Néphrotomie. Rein dur non fluctuant, collection purulente située à la partie antérieure et inférieure du rein, volume d'une petite orange, pus bien lié. Grattage et drainage. On ne trouve dans la glande rénale aucune collection purulente. La plaie est suturée, réunion complète le 12 novembre.

Le 5 décembre. — On constate dans la région lombaire une tumeur qui est la reconstitution et l'absès périrénal. Augmentation rapide de la tumeur. Le 14 janvier 1890 on constate que la tumeur lorsque le malade est couché sur le flanc gauche se rapproche jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, fluctuation manifeste. Albumine dans l'urine.

Le malade décline rapidement.

M. Tuffier nous donne quelques renseignements complémentaires.

Ce malade est mort quelque temps après.

A l'autopsie on trouva un rein tuberculeux, mais régulier et parfaitement cicatrisé, la collection périnéphrétique s'était reformée.

Dans ces deux cas il est manifeste que la tuberculose rénale a précédé la tuberculose cellulaire, mais il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois l'abcès lombaire paraît être toute la lésion dans cette région du moins, car rien n'indique que le rein correspondant soit malade, et ce n'est que longtemps après, à l'autopsie même, que l'on découvre que l'altération de la glande a précédé la lésion de la capsule adipeuse.

OBSERVATION V (Doyen) (1).

Abcès périnéphrétique tuberculeux.

V..., 21 ans. Tousse depuis longtemps. Epuisée par sept grossesses, elle est accouchée il y a quinze jours d'un fœtus de 6 mois.

Le 2 février. — Un énorme abcès lombaire s'ouvrit spontanément et inonda le lit d'un pus fétide.

A la région lombaire gauche, au niveau du triangle de J. L. Petit, un orifice circulaire de 10 millimètres, laisse pénétrer dans le foyer purulent. La poche sous-cutanée offre au moins 15 centimètres en tous sens et en dedans s'arrête à la ligne médiane. Cet abcès d'après les commémoratifs, paraît s'être manifesté sous la peau depuis trois mois. Au palper abdominal tumeur oblongue et résistante à l'emplacement du rein gauche. L'examen du thorax donne tous les signes d'une tuberculose aiguë.

1. Doyen. *Soc. anat.*, 1882, p. 110.

4 février. — M. Schwartz incise transversalement le foyer.

Le doigt peut contourner la crête iliaque, plonger en bas et en avant au contact du muscle iliaque dénudé et plus haut au contact du rein gauche qui baigne dans le pus, la lésion du rein est sans doute de longue date. La malade meurt sans qu'on puisse examiner les urines.

Autopsie. — Poumons farcis de tubercules. Le foie, le rein droit, les capsules surrénales, les séreuses, les capillaires du cerveau ne présentent pas de tuberculose. Dans le flanc gauche une coque fibreuse adhérente au côlon descendant recouvre le foyer purulent. Le rein baigne dans le pus par sa partie postéro-inférieure où s'ouvre une large fistule.

L'uretère forme un gros cordon dur bosselé jusqu'à la vessie où on trouve une urine purulente.

Le rein incisé longitudinalement ne présente plus trace de sa structure normale ; bourré de foyers caséeux à contenu central purulent, il offre l'aspect d'un gros ovaire rempli de corps jaunes. Une membrane pyogénique jaunâtre revêt toutes les cavités anfractueuses pour former sans interruption le revêtement du bassin, de l'uretère, et, d'autre part par l'intermédiaire de la fistule rénale de tout le foyer périnéphrétique.

Le tissu inflammatoire qui entoure le rein en avant contient des granulations grises, ainsi que la couche externe de l'uretère.

Ce conduit s'ouvre largement dans la vessie qui présente dans sa partie gauche une large ulcération tuberculeuse. L'orifice de l'uretère droit est sain. La muqueuse injectée de sang présente trois exulcérations à peine visibles.

La vessie est le siège de granulations grises que l'on rencontre jusque sur un des ovaires et la trompe adjacente.

L'examen histologique qui a été fait a démontré que l'on se trouvait bien en présence de tubercules à divers degrés de leur évolution.

Nous pensons donc, dit l'auteur, faire deux parts des lésions anatomiques. D'un côté la tuberculose primitive sans doute du rein propagée à l'uretère, à la vessie et au tissu cellulaire, de l'autre une poussée de tuberculose aiguë.

D'ailleurs ces faits avaient été bien vus et étudiés par Rayet (1), Naudet (2) attire particulièrement l'attention sur ces sortes d'abcès à évolution lente dans le cours d'une néphrite caséeuse, ou la suite d'un traumatisme.

Aussi Newmann (3) dans son *Traité des maladies des reins*, écrit-il : « D'après les statistiques de Féron, Parmen-
« tier, Lemoyne, Hallé, Troussseau, Kroetschmar, Dicki-
« nson, il ressort que l'abcès périnéphrétique est causé le
« plus souvent par l'extension d'une affection inflamma-
« toire du rein. »

Souvent les abcès se développent à la suite de l'envahissement du tissu cellulaire par la matière caséeuse d'un abcès du rein. Il est dès lors facile de prévoir leur mode de formation et leur marche. Le pus contenu dans le rein fait irruption dans la capsule graisseuse ; il en résulte un clapier, une poche purulente dont vaste la paroi antérieure est généralement formée par la glande.

Mais dans d'autres cas la pathogénie est moins claire, c'est alors une véritable contagion, une infection bacillaire. « Une deuxième série d'abcès extra-rénaux consécutifs, dit Rayet, comprend les cas dans lesquels les

1. Rayet, *Maladie des reins*. T. 3, p. 3, 260.

2. Naudet. Th. Paris, 1870, p. 24.

3. Newmann, *Surgical Diseases of the Kidney*. London 1888.

« abcès se sont formés à la suite d'une inflammation des
« reins par simple contiguité et sans perforation des calices
« et du bassin, et par conséquent sans infiltration uri-
« neuse. »

L'observation de M. Tuffier, rapportée plus haut, est également un exemple de lésion périnéale tuberculeuse sans perforation de la capsule.

OBSERVATION VI (Nivet) (1).

X..., homme âgé de 68 ans. Mort de tuberculose génito-urinaire.

A l'autopsie on constata que tout le tissu cellulaire qui environne les reins était enflammé. La surface externe de cet organe est d'un rouge-vif et rempli d'abcès miliaires; l'uretère est fort dilaté, la vessie large, ses parois sont hypertrophiées.

Quoique le canal de l'uretère fût libre, cet homme était souvent atteint de rétention d'urine. Ce liquide était devenu dans les derniers temps d'une grande fétidité.

D'autres fois elles surviennent à la fin d'une affection chronique de la glande, comme épiphénomène. Tel est le malade dont M. Chauffard rapporte l'observation.

OBSERVATION VII (Chauffard) (2).

Louise G..., 39 ans, entre le 22 janvier 1880 à la Pitié.

Pas d'antécédents. Vie auparavant pénible et fatigante.

Début de la maladie : — Septembre 1879; à ce moment cessation des règles, toux, amaigrissement.

1. Nivet. *Soc. Anat.*, 1835, p. 69.

2. Chauffard. *Soc. Anat.*, 1880, p. 413.

Octobre 1879. — Urines sanguinolentes.

Etat actuel. — Cachexie. Signes de tuberculose pulmonaire, Pus dans les urines, qui sont pâles, peu abondantes.

Vers le 15 avril : douleurs persistantes dans la région sous-hépatique, douleurs lancinantes augmentées par les mouvements.

Quelques jours plus tard, on sent au même niveau, une masse dure, régulière, dépassant le bord inférieur du foie, et rappelant le segment inférieur d'un rein doublé dans toutes ses dimensions. Cette tumeur est si douloureuse qu'on ne peut rechercher facilement la fluctuation. La malade est couchée en chien de fusil dans le décubitus latéral gauche.

Mort le 26 mai.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire, avec adhérences pleurales. Foie volumineux et gros. Vessie ratatinée et de très faible capacité ; ses parois sont épaissies, injectées, criblées de tubercules jaunes sous muqueux, d'ulcérations superficielles, irrégulières, à fond grisâtre, nombreuses surtout au niveau de la face inférieure.

Le rein gauche est volumineux, violacé, se décortique facilement et ne présente pas de tubercules.

Le rein droit occupe le centre d'une poche allongée le long de la colonne lombaire, et grosse comme les deux poings, tendue, fluctuante, à parois caséuses à la face interne. Elle contient un pus crèmeux et épais, elle occupe l'enveloppe adipeuse (partie supérieure) du rein, gagne la gaine du psoas, et va se terminer en s'effilant au niveau de l'arcade crurale sans soulever le fascia iliaca.

L'uretère est perdu dans la paroi interne de l'abcès, sa muqueuse est épaissie, caséuse, végétante.

Le rein n'est pas libre dans la cavité de la poche purulente. Il est lourd, volumineux, entouré de fausses membranes.

A la coupe on y trouve des cavernes (6-8), grosses comme des noix, isolées, ou communiquant entre elles. Les parois de ces cavernes rénales sont grisâtres, tomenteuses, en voie de destruc-

tion caséuse, nulle part elles ne communiquent avec la collection périnéphrétique.

La capsule surrénale est saine.

Le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires ne présentent pas de lésions.

La lésion rénale est bien la première en date, puis arrivée à la dernière période de son évolution, elle s'est terminée par un abcès périnéphrétique.

Outre la tuberculose rénale proprement dite il faut encore incriminer la pyélite associée ou non à la néphrite. M. Guyon (1) a pu observer un fait de ce genre chez un garçon de 12 ans qui avait depuis longtemps du pus dans les urines.

Ces cas ont d'ailleurs été signalés par tous les auteurs. Rayet (2), Nieden (3), Fischer (4), en rapportent des observations.

La vessie elle-même peut être le point de départ de ces phthisies cellulaires suivant l'expression de de Haen. Une cystite tuberculeuse donne naissance à de la pyélonéphrite et pour peu que l'infection bacillaire soit rapide, on voit le tissu cellulaire périnéphritique participer au processus tuberculeux.

Tel est le cas publié par Dumur dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

1. Guyon. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1890.

2. Rayet, *loc. cit.*

3. Nieden, *loc. cit.*

4. Fischer, *loc. cit.*

OBSERVATION VIII (Dumur) (1).

Une jeune fille de 26 ans, après avoir présenté pendant quelques mois des symptômes de tuberculose vésicale, de la polyurie et un dépérissement progressif, voit apparaître une tuméfaction très accentuée et douloureuse occupant à droite la région lombaire, l'hypocondre et la moitié de l'abdomen. La fluctuation est évidente par la palpation bimanuelle antéro-postérieure. Rien du côté du squelette de la région. Respiration légèrement soufflante aux deux sommets. Mictions douloureuses, polyurie à certains jours, urines muco-purulentes et albumineuses. Ascensions vésérales de la température.

Malgré plusieurs ponctions aspiratrices pratiquées dans la masse fluctuante pendant une quinzaine de jours et donnant issue chaque fois à plus d'un litre de pus, celui-ci se reproduit rapidement et la tension des parois augmente chaque jour davantage.

Incision de l'abcès le 9 mai. — Un litre de pus s'écoule, fusant entre les fibres dissociées du muscle carré lombaire. Après avoir incisé celui-ci on tombe dans une vaste poche tapissée de fausses membranes jaunâtres et molles, et s'étendant de la face inférieure du foie à la fosse iliaque ; au fond se voit une tumeur volumineuse bosselée à la paroi antérieure de l'abdomen. Ce n'est autre que le rein, qui fortement adhèrent au péritoine et au côlon ascendant, est décortiqué et enlevé après ligature du pédicule. Le côlon a subi une petite déchirure qui est fermée par six points de suture. Pas d'hémorrhagie. Lavages avec la solution de chlorure de zinc. Gaze iodoformée. Pansement de Lister.

Mort quelques heures après l'opération.

1. Dumur. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1889, p. 373.

L'autopsie, outre quelques lésions pulmonaires, montra l'intégrité du rein et de l'uretère gauche.

La vessie n'était pour ainsi dire qu'une vaste ulcération ; quant au rein enlevé, triplé de volume, il était lobulé, chaque lobule étant représenté par un kyste rempli, soit de substance caséeuse, soit de pus en quantité variable ; en somme, le rein était complètement détruit et remplacé par une sorte d'énorme caverne tuberculeuse. L'uretère droit, augmenté de volume, avait ses parois très épaissies. Le diagnostic porté avant l'opération se trouvait confirmé. Le choc opératoire avait été trop violent pour l'organisme débilité de cette malade.

On a donc bien affaire ici à un abcès périnéphrétique ayant son point de départ dans une dégénérescence tuberculeuse du rein, consécutive à une cystite de même nature.

Le point de départ de ces tuberculoses extra-rénales peut encore être plus éloigné ; il n'est pas rare de les voir se développer sous l'influence d'une poussée de tuberculose dans un testicule.

Nous avons pu réunir quelques observations qui en font foi.

OBSERVATION IX (Girard) (1).

B..., homme âgé de 27 ans, mort de pyohémie consécutive à un abcès périnéphrétique d'origine tuberculeuse.

Le testicule paraissait atteint depuis longtemps, l'épididyme offre des noyaux tuberculeux. Le rein contient plusieurs petits abcès. Le testicule gauche examiné est tuberculeux.

1. Girard, *Soc. Anat.*, 1872, p. 280.

Nieden, in *Deutsche Archiv. für klinische Medizin*, en cite des cas. Nous aurons du reste à revenir sur ce sujet.

Malgré de nombreuses recherches nous n'avons pu trouver un seul cas de tuberculose périnéphrétique ayant débuté par les trompes ou l'ovaire. Sans nier l'existence de ces faits, nous ne saurions rien dire d'affirmatif sur ce sujet.

Cette longue énumération montre que dans la plupart des cas l'abcès froid perirénal provient d'une altération primitive d'une partie de l'appareil génito-urinaire. Mais sans enlever aux lésions de ces organes leur importance au point de vue du développement de la suppuration périnéphrétique, il en est d'autres qui ne sont pas quantités négligeables, nous voulons parler des lésions osseuses.

Parmi les altérations des différentes parties du squelette, c'est sans contredit la tuberculose vertébrale qui fournit le plus fort contingent. Par sa fréquence chez l'enfant et l'adulte, la tuberculose vertébrale devait nécessairement devenir un foyer puissant d'infection pour les tissus dont la laxité et la situation permettent une facile infiltration.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection ont noté l'état particulier des reins et de leurs enveloppes extérieures, mais c'est surtout depuis les travaux de M. le professeur Lannelongue que ces faits ont été bien mis en relief.

Tantôt la lésion vertébrale est toute superficielle que déjà l'infiltration caséeuse du tissu cellulaire est manifeste.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, un abcès par congestion s'est formé et a fait irruption dans l'atmosphère celluleuse.

Dans le premier cas, l'inflammation osseuse envahissant rapidement les parties molles, donne naissance à un foyer tuberculeux dans la zone celluleuse périrénale, bientôt on se trouve en présence d'un véritable abcès ossifluent, qui à la longue finit par dénuder les vertèbres.

OBSERVATION X (Gibier de Savigny) (1).

Femme, 65 ans. Entrée dans le service de M. Desprès pour un abcès périnéphrétique qui s'était manifesté six mois auparavant par une tumeur que la malade avait perçue elle-même. Elle attribuait cette tumeur à une chute produite six ans auparavant, et qui occasionna une sciatique rebelle et des douleurs dans les reins.

La tumeur faisait saillie dans la région lombaire. Le rein était repoussé en avant.

Diagnostic de M. Desprès : abcès périnéphrétique chronique succédant à un hématome périrénal déterminé par une chute.

Une incision, pratiquée au lieu d'élection, livra passage à une grande quantité de pus. Drainage.

La malade ne peut résister à l'abondance de la suppuration.

Mort.

Autopsie. — Rein repoussé en avant d'une cavité anfractueuse présentant plusieurs prolongements. L'un de ces prolongements surtout était considérable. Le rein est tapissé à sa face postérieure par une néomembrane, tissu lardacé, d'une épaisseur de 15 millimètres. Il était sain d'ailleurs.

1. Gibier de Savigny. *Soc. Anat.*, 1881, p. 464.

L'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire est dénudée à sa partie antérieure et commençait à être altérée, noî-râtre. Aucune communication avec le canal rachidien. Abscès fermé depuis six mois.

On aurait pu réussir, en opérant plus tôt. Le pus, ajoute Gibier de Savigny, n'aurait pas fusé vers la fosse iliaque, et les os n'auraient pas eu le temps de se dénuder et de se laisser attaquer par les liquides purulents.

Mais lorsque l'évolution du mal de Pott est plus lente, la carie osseuse marque le début de l'affection, puis survient secondairement la suppuration des régions voisines et des organes environnants.

Les observations rapportées par Lannelongue, Fischer, Nieden, les cas observés par Tuffier et les exemples que nous avons pu trouver, prouvent que ces abcès consécutifs à des lésions osseuses sont fréquents.

« Les abcès, dit Fischer, qui se sont développés à la suite
« de carie vertébrale, ou ceux qui plus rarement se sont
« développés par un psoitis idiopathique s'enfoncent assez
« fréquemment jusque dans le tissu cellulaire périrénal.
« Cullingworth (1) en rapporte un cas très intéressant et
« très compliqué de ce genre. On trouva en effet à l'autop-
« sie que l'apophyse transverse et la moitié du corps de la
« deuxième vertèbre lombaire avaient disparu; les apo-
« physe transverses de la première et de la deuxième ver-
« tèbre étaient cariées, le rein gauche criblé d'abcès était
« soudé à sa partie postéro-inférieure avec la colonne ver-
« tébrale. On trouva encore dans le rein détruit par le pus,

1. Cullingworth. *Trans. of the Pathological Soc. of London*, 1880.

« un gros calcul dont le noyau central était formé par un
« petit séquestre. Oglé (1) rapporte une observation sem-
« blable. Le malade n'avait jamais présenté durant sa vie
« de signe d'une maladie de la colonne vertébrale et lors
« de l'autopsie on avait découvert un gros abcès derrière
« le rein gauche avec plusieurs perforations de la vessie,
« et une carie de la deuxième vertèbre lombaire ; en outre,
« on constata dans le rein droit un abcès. Nous avons donc
« devant les yeux à notre avis une véritable néphrophthi-
« sie avec manifestation de tuberculose vertébrale. »

Dans quelques cas l'abcès développé secondairement passe inaperçu, la lésion vertébrale étant suffisamment grave pour attirer sur elle toute l'attention.

OBSERVATION XI (Lannelongue) (2).

Drouhin Eug..., 4 ans. Entrée à l'hôpital le 12 janvier 1886.

Soignée déjà à l'hôpital pour tuberculose.

Gibbosité dorso-lombaire. Depuis quinze jours collection fluctuante à la cuisse gauche. Abcès prêt à s'ouvrir.

Quelques jours après l'entrée de l'enfant ouverture spontanée de l'abcès.

Grattage, drainage. Etat général mauvais.

Mort, 5 février.

Autopsie. — Pas de tuberculose pulmonaire. Gros noyaux caseux dans les ganglions bronchiques.

Pas de granulations tuberculeuses péritonéales.

1. Oglé in Fischer. *Loco citato*.

2. Lannelongue. *Tuberculose vertébrale*, p. 370 et 380.

Gibbosité. La partie culminante correspond à la première vertèbre lombaire. Pas d'abcès postérieur.

Vaisseaux. — Aorte déviée, adhérente par sa face postérieure à un tissu lardacé, qui sépare les vertèbres malades. L'artère iliaque interne et surtout l'iliaque externe sont reçues dans une gouttière qui adhère à une poche d'abcès tuberculeux remplissant la fosse iliaque gauche. Cette adhérence se continue jusqu'au ligament de Fallope.

Ganglions lymphatiques échelonnés le long du détroit supérieur du bassin et remontant jusqu'au foyer du mal de Pott suivant le trajet des vaisseaux. Ramollissement dans leur intérieur.

Lésion vertébrale. — Ulcérations dans une certaine étendue du corps de la première vertèbre lombaire. L'ulcération se prolonge en avant sur la face antérieure de ce corps. Destruction du corps de la deuxième vertèbre lombaire qui a presque disparu. Ulcérations superficielles du corps de la troisième. Noyaux tuberculeux sur le corps de la onzième dorsale.

De la lésion osseuse partent deux abcès tuberculeux, l'un à gauche, suit la gouttière lombaire s'insinuant dans l'épaisseur du psoas iliaque et remplissant toute la fosse iliaque. Il se continue dans la cuisse puis remonte vers la fesse en contournant le fémur, de sorte qu'en bas il suit un trajet ascendant. Ganglions lymphatiques nombreux.

De l'autre côté se trouve un autre abcès développé en arrière du rein, qui en constitue la paroi. Cette poche descend également avec le psoas dans la fosse iliaque.

Organes génito-urinaires. — Tumeurs tuberculeuses au niveau des trompes droite et gauche. L'ovaire droit est sain, le gauche est confondu avec la trompe. Dans son épaisseur on trouve des masses tuberculeuses. La plupart des ganglions pelviens, les ganglions lombaires et ceux placés le long de l'artère utéro-ovarien ne sont engorgés et renferment de petits noyaux tuberculeux. Matière tuberculeuse dans la cavité utérine.

Le mal de Pott lombaire, ainsi que le mal de Pott lombosacré sont ceux évidemment qui occasionnent le plus souvent les suppurations périrénales. Mais quelquefois le foyer d'infection se trouve beaucoup plus haut.

« Ce sont surtout, dit Lannelongue, les abcès latéraux
« qui effectuent une longue migration. Généralement leur
« trajet se fait suivant la gaine du psoas, tantôt en arrière
« du côté du squelette, tantôt sur le bord interne, tantôt
« en avant sous le péritoine. »

Signalons encore comme origine de la tuberculose périnéphrétique les suppurations du psoas.

Dans quelques cas l'abcès périrénal dépend d'une tuberculose pleurale primitive ou consécutive à une tuberculose pulmonaire. « Il arrive souvent, dit Fischer, que des exsudats de la plèvre traversent le diaphragme et s'enfoncent dans le tissu cellulaire périrénal. Il y a beaucoup d'observations de ce genre. Ainsi Leplat (1) en rapporte cinq, Lancereaux et Desruelles un seul cas. Quant à moi je ne l'ai vu se produire qu'une fois. Le pus se dissipe rarement complètement de la cavité thoracique. »

Cette propagation de la suppuration thoracique au tissu cellulaire périnéphrétique nous est expliquée par une disposition anatomique particulière de la région. Ce point a été bien mis en lumière par les recherches de Tuffier et Lejars (2).

1. Leplat, cité par Fischer.

2. Tuffier et Lejars. *Les veines de la capsule adipeuse du rein.* Archives de pathologie, janvier 1891.

« Le ligament cintré, tel qu'il est décrit par les auteurs,
« n'existe pas en tant qu'organe d'attache du diaphragme,
« il n'est qu'un épaississement de la toile fibreuse d'enve-
« loppe qui descend de la face comme du muscle sur le
« carré lombaire. Le diaphragme se fixe en dedans à l'ar-
« cade du psoas ; en dehors à la douzième côte ; entre les
« deux faisceaux, il existe un large hiatus triangulaire,
« *hiatus costo-lombaire* ; à ce niveau le cul-de-sac inférieur
« de la plèvre n'est séparé du tissu cellulo-adipeux de la
« loge rénale que par la toile fibreuse d'enveloppe dont
« nous parlons plus haut. C'est là un fait gros de consé-
« quences pathologiques et opératoires. »

Il est dès lors facile de comprendre les communications qui peuvent exister entre les collections purulentes de la plèvre et celles de la région périrénale.

La tuberculose des capsules surrénales est encore trop peu connue pour que nous puissions dire quel est son rôle dans la pathogénie des collections périnéphrétiques.

Nous ne terminerons pas cette longue nomenclature des origines diverses de l'abcès froid périnéphritique, sans citer les lésions connexes, autres que la tuberculose qu'on rencontre soit dans le rein soit dans d'autres organes.

L'affection la plus intéressante à étudier est certainement la lithiase rénale.

Une tuberculose osseuse bien avérée engendre un abcès périnéphrétique. Il est de toute évidence que l'on se trouve en présence d'une collection purulente bacillaire. L'autopsie vient confirmer le diagnostic, mais en même temps on trouve des calculs dans le rein.

Bourcy (1) a présenté à la *Société Anatomique* un cas d'abcès périnéphritique d'origine osseuse chez un individu atteint de néphrite calculeuse. M. Tuffier en a aussi observé un cas.

Ces productions calculeuses seraient, du reste, la conséquence de l'altération de la glande rénale. On observerait dans ces cas une décomposition ammoniacale de l'urine, d'où précipitation des phosphates et formation de calculs.

M. Tuffier dans un article de la *Gaz. hebdomadaire*, 1891, pense que dans ces cas, il se fait une infection mixte, car rien ne prouve que le bacille de la tuberculose détermine à lui seul une décomposition de l'urine.

L'envahissement rapide de l'appareil génito-urinaire et la généralisation aiguë de la tuberculose peuvent encore entrer en ligne de compte dans la production des abcès périnéphrétiques. Mais cette question nous paraît se rattacher plutôt au chapitre des complications, aussi nous l'étudierons plus loin.

Les abcès froids périnéphrétiques se développent généralement d'un seul côté, nous n'avons pas trouvé d'exemples d'abcès bilatéraux.

Ils sont à peu près aussi fréquents chez l'homme que chez la femme, on les rencontre le plus souvent dans l'âge adulte, de 20 à 40 ans environ. Cependant il faut faire exception pour les abcès consécutifs aux lésions osseuses et plus particulièrement à la carie vertébrale. Dans ces cas c'est le jeune âge et l'adolescence qui sont le plus fréquemment atteints.

1. Bourcy. *Soc. anat.*, 1882, p. 258.

Le côté gauche serait plus souvent affecté que le droit.

Comme dans la plupart des maladies on a fait jouer un rôle beaucoup trop considérable aux causes banales. Ainsi, l'impression brusque de chaud et de froid par exemple est notée par tous les auteurs, comme cause fréquente dans la production de la suppuration périnéphrétique.

Sans vouloir nier complètement la valeur de ces causes occasionnelles, il faut restreindre leur importance, et on ne doit les considérer, à notre avis, que comme agents secondaires venant hâter le développement de la maladie, ou bien déterminer, fixer en quelque sorte, la localisation de l'affection dans un point dont elles font un lieu de moindre résistance.

Tels sont les faits cités par Rayet (1), Trousseau (2), Guéneau de Mussy (3), Parmentier (4), Féron (5), etc.

Les traumatismes, de quelque nature qu'ils soient, paraissent incriminés plus justement. Cependant nous ne pouvons admettre avec les théories qui ont cours aujourd'hui, qu'ils soient toute la lésion.

« On cite l'effort musculaire, dit Kraetchmar, comme
« une des causes principales de périnéphrite. Rien n'est plus
« vrai, à la condition qu'il y ait une prédisposition. Dans
« les cliniques de Trousseau nous voyons que sauf un
« cas cité par M. le Dr Olivier, il s'agit toujours d'indi-
« vidus débiles comme la malade observée par nous qui

1. Rayet, *loc. cit.*

2. Trousseau. Cliniques.

3. Guéneau de Mussy. Cliniques.

4. Parmentier, *loc. cit.*

5. Féron, *loc. cit.*

« compte sans nul doute des tuberculeux parmi les siens,
« si elle ne l'est par elle-même. »

OBSERVATION XII (Kraetchmar) (1).

Lucie N..., âgée de 45 ans, domestique, entrée le 9 avril 1869 dans le service de M. Peter à la Pitié.

La malade se plaint de douleurs vagues dans la région du rein droit.

On constate à droite et en avant la douleur, et au milieu du psoas du même côté, en arrière, l'existence d'une tumeur fluctuante.

Antécédents. — Il y a eu des tuberculeux parmi les siens. Tousse depuis longtemps. Pas de signes de tuberculose pulmonaire appréciable. C'est surtout à cause de son ventre qu'elle entre à l'hôpital. C'est à cause de cette tumeur, qui primitivement seule douloureuse, occasionne maintenant une autre douleur dans la fosse iliaque et le long du muscle psoas, au mouvement de flexion de la cuisse.

Vers le mois de septembre dernier, cette femme en soulevant une table assez lourde, avait immédiatement ressenti une douleur sourde dans les reins, mais sans autres troubles de la santé générale. Garde le lit seulement depuis trois semaines. Sangsues dans la région rénale droite. Il semblerait alors que la tumeur se fût enflammée, d'où de nouveaux accidents pour lesquels la malade entre à l'hôpital. Face pâle. Pas de fièvre. Pas de troubles de la miction.

Diagnostic de M. Peter, abcès périnéphrétique.

Tumeur en avant du côté de l'abdomen ayant à peu près le volume du rein, qui est à peine augmenté. En arrière, œdème de

1. Kraetchmar. Th. Paris, 1872, p. 10.

voisinage, rougeur, douleur où se trouve la tumeur qui est fluctuante et de la grosseur d'une noix.

Il y a bientôt propagation du mal jusque dans la fosse iliaque.

Ouverture de l'abcès par M. le professeur Broca. Incision de quatre centimètres. A l'aide des doigts M. Broca décolle les tissus pour donner issue à environ 300 grammes de pus de bonne nature, non point caséux comme celui des abcès ossifluents. En introduisant le doigt dans la plaie on touche à la crête iliaque, qui est intacte, et dont le périoste épaissi constitue la paroi inférieure du foyer. En avant une espèce de détritüs se dirige vers l'abdomen. Il est hors de doute qu'il y a eu un abcès en bouton de chemise.

L'opération fut faite le 25 avril et la malade éprouva immédiatement un grand soulagement.

Depuis lors la malade va très bien ; le pus est moins abondant, l'incision se restreint. La malade guérie, sort de l'hôpital le 12 juin 1869.

Aussi l'auteur ajoute-t-il :

« Cette observation est très importante, elle nous démontre d'abord le plus clairement, que la cause du mal a été occasionnelle, et que le mal ayant rencontré un terrain favorable en a profité pour se localiser, elle nous montre de plus, et c'est ce qui est le plus curieux, que pendant toute la durée de la maladie il n'y a pas eu de réaction fébrile. »

La prédisposition individuelle, la constitution médicale, l'infection antérieure surtout, c'est là la vraie source de production des abcès tuberculeux périnéphrétiques ; les autres causes dites occasionnelles sont des agents secondaires dont le rôle est plus effacé, plus obscur, mais cependant dont il faut savoir tenir compte à certains moments.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'inflammation tuberculeuse du tissu cellulaire péri-rénal se développe plus particulièrement dans cette partie du tissu graisseux situé en arrière de la glande et tout spécialement en haut et en bas, où il forme des pelotons, sortes de coussinets beaucoup plus appréciables que dans les autres parties de cette région (1).

Lorsque le pus est formé, on trouve un abcès tantôt limité par des parois plus ou moins résistantes, s'opposant à l'envahissement des tissus voisins, tantôt, au contraire, il se forme des foyers multiples qui fusent jusque dans la fosse iliaque, et ayant entre eux un ou plusieurs points de communication.

L'abcès circonscrit siège, tantôt à la partie supérieure dans les masses adipeuses que nous avons signalées, tantôt à la partie inférieure,

La paroi qui l'entoure est constituée par une partie du tissu cellulaire sclérosé, épaissi, parfois lardacé, suivant les progrès de la suppuration, et se continue avec les tissus ambiants, eux-mêmes plus ou moins altérés.

Le liquide que contient cette cavité présente des variétés très grandes, dans sa qualité, sa couleur et son odeur.

Tantôt il est d'un jaune crémeux, presque franchement phlegmoneux, ainsi que nous l'avons constaté dans plu-

1. Voyez, Tuffier. *La capsule adipeuse du rein*. Rev. de chirurgie, 1890.

sieurs cas, tantôt au contraire il ne présente pas de coloration bien nette, il est louche et formé de détritits de tissu conjonctif en voie de décomposition, ou bien encore de masses caséuses, aux divers degrés de leur évolution. Son odeur est parfois repoussante, car dans beaucoup de cas, l'urine se déverse dans son intérieur ; parfois même on peut trouver un calcul, la lithiase évoluant en même temps que la tuberculose ; celle-ci provoquant celle-là quelquefois aussi, ce calcul s'est développé autour d'un petit sequestre venant d'une vertèbre variée (Cas de Cullingworth, rapporté par Fischer).

Le volume de cette poche est tout à fait variable : on en trouve de la grosseur d'une petite orange, tandis que d'autres peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte.

Mais que de formes différentes dans ces abcès ! La paroi qui les limite peut être formée, tantôt par le rein lui-même qui, la plupart du temps, a provoqué la suppuration périrénale, tantôt par des adhérences péritonéales ou intestinales : c'est alors que l'on trouve le côlon intimement uni à la paroi de la poche.

Souvent unique et circonscrite, cette masse purulente peut être formée par une grande quantité d'autres petits noyaux caséifiés, les uns, franchement purulents, les autres semi-liquides, quelques-uns en voie de développement ; parfois ce sont des masses fongueuses, mollasses, qui constituent l'abcès tuberculeux, et alors on trouve que cette sorte de champignon provient du rein. M. Tuffier a bien voulu nous communiquer une observation de ce genre intéressante à plus d'un titre.

OBSERVATION XIII

Inédite due à M. Tuffier.

Ernestine L..., âgée de 36 ans, entrée à l'hôpital Cochin en 1889. Cette malade présentait des antécédents de cystite à la suite d'accouchement quatre ans avant son entrée à l'hôpital. Les urines sont troubles depuis un an.

Actuellement, la fièvre est constante, l'amaigrissement considérable, elle a de l'inappétence et la pâleur du visage indique un état général peu satisfaisant.

À la palpation, on sent dans le flanc gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur est facilement mobilisée par la palpation bimanuelle.

Novembre 1889. M. Tuffier pratiqua une incision lombaire. Il trouva alors la capsule graisseuse du rein très amincie. Il incisa la coque rénale qu'il rencontra dans la profondeur de la plaie. Il s'écoula environ un litre de pus.

Le débridement des cloisons intrarénales fut alors pratiqué, ainsi que l'ouverture d'une poche située à la partie antérieure du rein, puis suture de la coque rénale à la peau, drainage.

Une fistule s'établit, et on constata une amélioration très grande de l'état général. La malade se croyant guérie, sortit de l'hôpital.

2 mois après, c'est-à-dire en octobre 1891, elle entra de nouveau à l'hôpital Cochin.

En janvier 1891, M. Tuffier fit une néphrectomie secondaire. Il trouva en dehors de la coque rénale des masses fongueuses, molles, nettement tuberculeuse.

En cherchant leur point de départ, il trouva qu'elles partaient du rein ; en passant entre deux points de suture elles avaient envahi la capsule graisseuse.

En présence de ces accidents, M. Tuffier fit la néphrectomie sous-capsulaire, puis un grattage et un drainage.

Deux mois après la malade succombait à une tuberculose de l'autre rein, de la vessie et des poumons.

Il n'est pas rare non plus d'observer plusieurs collections purulentes assez volumineuses, communiquant entre elles par des diverticules qui vont décoller les tissus environnants et produire loin de la région des dégâts considérables.

Lorsque deux abcès séparés par une paroi, communiquent entre eux par un trajet fistuleux, on les a désignés sous le nom d'abcès en boutons, de chemises.

Nous trouvons dans l'observation II un fait se rapportant à ces cas.

Après l'incision l'exploration montra qu'il existait trois poches communiquant entre elles : une première sous-cutanée, une seconde dans la fosse iliaque interne sous le péritoine, une troisième dans l'atmosphère celluleuse du rein, chacune de ces poches ayant à peu près le volume du poing. Quel sera l'état des divers organes au milieu de ce putrilage ?

Si l'abcès est primitif, on ne trouve guère de lésion bien apparente dans les organes génito-urinaires ; le rein quelquefois intact, est refoulé en avant par la tumeur qui fait saillie en arrière.

Mais dans les abcès consécutifs à une lésion, soit rénale, soit vésicale, soit osseuse ou pulmonaire, les altérations sont alors considérables.

Tantôt le rein perdu au milieu de détritits de tissu con-

jonctif, de pus et de masses caséeuses, est méconnaissable; on trouve généralement à la coupe des abcès en voie de formation, ou bien de petites granulations miliaires; tantôt la glande est convertie en une vaste cavité qui se continue avec l'abcès de la capsule graisseuse. Souvent aussi, malgré des lésions osseuses avancées, malgré la fonte purulente du tissu cellulaire périrénal le rein conserve ses caractères normaux et ne présente aucune altération.

OBSERVATION IV (Tuffier).

Rapportée par M. Chipault (1).

Malade atteint de tuberculose vertébrale avec abcès.

L'abcès froid, venu d'une des premières vertèbres lombaires, avait fusé dans l'atmosphère cellulo-graisseuse péri et surtout rétro-rénale du côté droit. Il simulait absolument un abcès périnéphrétique tuberculeux par l'absence de tout symptôme du côté de la colonne vertébrale et de tout antécédent nerveux important, sauf peut-être quelques douleurs sciatiques persistantes. L'incision donna issue à du pus, en quantité considérable, et permit d'extraire du corps de la deuxième lombaire, à l'aide d'une pince, deux séquestres durs, encastrés dans des fongosités, l'un petit, l'autre gros, représentant à eux deux à peu près le volume d'un demi corps vertébral. Quelques mois après le malade quittait l'hôpital presque guéri.

L'uretère est épaissi, induré, et transformé en un cordon dur qui se prolonge jusqu'à la vessie.

1. Chipault. *Chirurgie rachidienne du mal de Pott. Extrait des Archives générales de médecine.* 1890.

Celle-ci porte souvent les traces d'une tuberculose déjà avancée, quand elle est le point de départ de la lésion, ou bien elle est hyperhémisée, sa muqueuse est rouge, offre des ulcérations tuberculeuses, qui indiquent que la maladie s'est propagée jusqu'à elle.

La prostate peut, elle aussi, participer au processus tuberculeux; elle est d'abord bosselée et remplie de petits tubercules, comme dans le cas de Nieden (Obs. XXIX, p. 78) et de Champetier de Ribes (Obs. XXVIII, p. 75).

Il n'est pas jusqu'au testicule qui ne soit quelquefois atteint.

La tuberculose vertébrale, qui est si fréquemment la cause de ces abcès par congestion, allant fuser jusque dans la capsule adipeuse du rein, se manifeste par différentes lésions qui aboutissent à un foyer purulent. Le liquide se collecte, envahit le tissu périnéphrétique, chemin faisant, et obéissant aux lois de la pesanteur, vient faire saillie, soit au pli de l'aîne, soit à la partie supéro-interne de la cuisse.

Les poumons présentent généralement des lésions tuberculeuses à tous les degrés, depuis la granulation jusqu'à la formation de vastes cavernes. Ces altérations, souvent primitives, peuvent être secondaires ou concomitantes à la tuberculose génito-urinaire.

La plèvre est, dans certains cas, le siège d'une suppuration dépendant ou non de l'abcès périrénal; nous avons insisté plus haut sur ce point (Voir *Etiologie*); d'autres fois, on constate simplement une inflammation de voisinage.

Le foie peut aussi présenter des signes de périhépatite: c'est surtout quand l'abcès débute dans la partie supé-

rière de la couche graisseuse périrénale. Dans les longues suppurations, il offre généralement tous les signes de la dégénérescence graisseuse, qu'on peut retrouver aussi dans la rate.

Les muscles, qui avoisinent l'abcès, sont quelquefois le siège d'une myosite apparemment de nature tuberculeuse. Rayer, d'après Lancereaux, signale un cas où il trouva le psoas presque entièrement détruit.

Notons aussi qu'on observe quelquefois une dégénérescence caséuse des ganglions abdominaux. Mais généralement il y a suppuration, et le péritoine participe aussi, mais secondairement, à l'inflammation. Cette péritonite consécutive s'observe surtout dans les cas où le rein est le siège de la lésion tuberculeuse.

Le tissu périnéphrétique, au lieu d'être détruit par la suppuration et de se transformer lui-même en liquide purulent, peut se scléroser, devenir dur, lardacé. Il est même très difficile d'en détacher le rein, qui a avec lui des adhérences considérables (Voir Obs. XXV). Dans ce cas, cette disposition obligea M. Tuffier à faire la néphrectomie sous-capsulaire.

Le pus collecté en arrière des reins peut faire irruption au dehors par plusieurs voies.

C'est ordinairement en arrière, dans la région lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit ou sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, que s'ouvre l'abcès abandonné à lui-même.

Il peut encore, nous l'avons vu, se faire jour au pli de l'aîne, ou à la partie supérieure de la cuisse.

Disons encore que l'abcès peut s'ouvrir dans l'intestin, le

plus généralement dans le côlon, ou encore dans l'uretère (Obs. XXIV).

Enfin, Rayer rapporte des cas dans lesquels l'abcès s'est vidé dans les bronches.

D'ailleurs, nous aurons à revenir sur ces différents modes d'évolution en étudiant les symptômes et la marche de la suppuration périnéphrétique.

Quoi qu'il en soit, la cavité purulente vidée, il s'établit une fistule. Cette fistule, généralement cutanée, persiste indéfiniment si on n'intervient pas; elle est d'ailleurs entretenue par les progrès pour ainsi dire incessants de l'inflammation et par le passage des matières septiques, elle entraîne presque fatalement la déchéance organique et la mort de l'individu.

SYMPTOMES

A vrai dire, pour traiter complètement ce chapitre, il faudrait prendre chaque cas en particulier, et en faire l'analyse, car les formes si dissemblables sous lesquelles se présente cette maladie, la rapidité ou la lenteur de son évolution, la présence ou l'absence de signes physiques et subjectifs, lui donnent des caractères tout à fait variables.

Cependant nous essaierons d'en donner une vue d'ensemble, en prenant un type, d'après lequel nous détaillerons les signes les plus constants, et, chemin faisant, nous appellerons l'attention sur certains symptômes plus particuliers.

En général, l'abcès froid périnéphrétique présente tous les signes de l'abcès chaud : il en diffère cependant par la lenteur de son évolution. Mais parfois on l'a vu prendre une marche aiguë qui avait mis en suspens le diagnostic. Ces cas sont rares, il est vrai, mais encore faut-il les connaître.

La plupart du temps, pour ne pas dire toujours, il y a *tumeur*.

En effet, la distribution spéciale du tissu adipeux en arrière du rein, comme le montre très nettement les coupes de sujets congelés, que M. Tuffier a bien voulu mettre à notre disposition, fait que cette masse celluleuse se trouve bridée, d'une part et en avant, par le rein, qui lui-même est recouvert par les intestins éminemment souples et mobiles, d'autre part en arrière par la paroi lombaire, qui, quoi-

que résistante, se laisse assez facilement distendre à la longue et se trouve même vaincue au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Si, en effet, on examine la région lombaire chez un individu sain, à qui l'on fait prendre la position gèneu-pectorale, on remarque de chaque côté de la colonne vertébrale, une dépression, sorte de méplat, limité : en haut, par le bord inférieur de la dernière côte, en bas, par la partie postérieure de la crête iliaque, et qui correspond à la région occupée par les reins, reposant eux-mêmes sur la capsule.

C'est là le siège habituel de la tumeur formée par la collection purulente périnéphrétique.

Généralement très appréciable, cette tumeur affecte une forme allongée parfois arrondie, tantôt tout à fait irrégulière ; tantôt enfin, elle est difficile à délimiter.

Elle varie d'ailleurs avec l'âge et la marche de la maladie.

Tout d'abord c'est une sorte d'empâtement de la région lombaire, empâtement souvent difficile à constater ; peu à peu, avec les progrès de l'affection, ses caractères deviennent plus nets, et la déformation de la région s'accroît de plus en plus. Au bout d'un temps indéterminé la fluctuation devient manifeste ; on la constate à l'aide des moyens classiques.

Le volume de la tumeur peut être considérable ; il varie du reste de la grosseur d'une petite orange à une tête d'adulte.

Il y a généralement tumeur, et cette tumeur est appréciable, avons-nous dit ; cela est vrai, lorsque l'abcès vient

proéminer dans la région lombaire, comme c'est le cas le plus fréquent; mais il peut se faire que la collection vienne fuser en bas du côté de la fosse iliaque, ce qui s'observe souvent dans le mal de Pott, ou bien, plus haut, à travers le diaphragme, dans la cavité thoracique. Ici, ce n'est plus dans la région lombaire, mais dans la cavité abdominale, qu'on sentira la tumeur, et il faudra pratiquer le palper bimanuel, une main appliquée en arrière, au-dessus des fausses côtes tandis que l'autre, placée en avant, déprime la paroi abdominale. D'autres fois, les déformations des régions voisines peuvent masquer la saillie formée par l'abcès : tel a été le cas dans l'observation de Besson (Obs. XXX p. 84).

Enfin il peut arriver que les masses caséuses se développent lentement, et alors la tumeur n'apparaîtra que fort tard. Dans ces derniers cas l'élément douleur viendra aider au diagnostic.

La douleur est en effet, encore un bon signe de l'abcès périnéphrétique. Nous l'avons toujours constatée dans les observations que nous avons pu recueillir, contrairement aux autres abcès froids.

La douleur est, tout d'abord, sourde, un peu diffuse, rarement aiguë et térébrante comme dans certaines affections. Elle existe depuis le commencement de la suppuration pour ne cesser que lorsque celle-ci trouve une issue au dehors. Son intensité est du reste variable suivant les cas et suivant les individus. M. Tuffier l'attribue et avec raison à l'altération du nerf grand abdomino-génital qui passe dans l'atmosphère cellulo-graisseuse postérieure, la preuve en est que ces douleurs peuvent quelquefois simuler de véritables

crises, comme si elles avaient leur point de départ dans une lésion de la moëlle. Dans une observation de Besson (Obs. XXX, p. 84) la malade atteinte d'abcès périnéphrétique avait des douleurs si vives du côté des reins, que le médecin qui la soignait, n'hésita pas à porter le diagnostic de coliques néphrétiques d'autres même en firent une tuberculose vertébrale. Il est vrai qu'il y avait une déviation lombaire qui pouvait égarer le diagnostic et sur laquelle nous aurons à revenir.

Ces douleurs, généralement localisées à la région lombaires irradient de là dans les cuisses et les testicules; ces manifestations douloureuses de l'abcès ont d'ailleurs été notées par Fischer (1) et bien vues par tous les auteurs qui ont observé des abcès froids périnéphrétiques.

À la douleur périnéphrétique vient se joindre la douleur rénale; alors l'intensité des symptômes augmente; de sourde, elle devient aiguë et peut se propager jusqu'au niveau du foie, ainsi qu'on l'observe dans l'observation très intéressante rapportée par Chauffard (Obs. VII, p. 23): « C'étaient des douleurs persistantes dans la région sous-hépatique, douleurs lancinantes qui étaient augmentées par les mouvements. »

En effet, les douleurs sont spontanées, mais elles s'exagèrent encore à la pression et au moindre mouvement, ainsi que dans les efforts.

On peut encore observer des névralgies parfois très rebelles, mais c'est surtout lorsque l'abcès froid périnéphré-

1. Fischer. *Sammlung. Klin-Vorträge*, n° 253 (Chirurgie n° 79), p. 2153.

tique succède à une tuberculose osseuse. Chez un homme de 65 ans, observé par Gibier de Savigny (Obs. X, p. 29), et qui présentait un mal de Pott lombaire, on trouva, outre les signes d'une tuberculose rénale et périrénale, des symptômes très manifestes de sciatique.

C'est probablement à l'intensité des douleurs qu'il faut rapporter les déformations consécutives que l'on voit chez certains malades atteints d'abcès lombaire.

La plus singulière de ces déformations est l'attitude vicieuse que prend le membre correspondant au côté affecté. M. Chauffard (1) a insisté sur cette particularité dans la très intéressante observation qu'il rapporte.

Dans le cas de Besson (Obs. XXX, p. 84), bien qu'il n'y ait pas de tuberculose osseuse, la colonne vertébrale est déviée, la cuisse est fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse. Cette observation intéressante à plus d'un titre nous montrera combien le diagnostic est difficile dans les cas de ce genre.

Les troubles de la miction sont fréquents, mais cela tient plus, à notre avis, aux altérations primitives ou concomittantes des reins et de la vessie qu'à la lésion périnéphrétique elle-même.

Dans un cas publié par M. Champetier de Ribes (Obs. XXVIII, p. 75), il y avait tantôt miction douloureuse, tantôt incontinence d'urine, parfois même hématurie, mais alors on avait affaire en outre à une phthisie urinaire.

Fischer signale aussi une « strangurie très douloureuse », et que dans beaucoup de cas on a observé un pissement de sang répété. Mais ici encore, cet auteur a en vue les

1. Chauffard, *Soc. Anatomique*, 1880, p. 413.

périnéphrites de causes rénales, et il est alors difficile de faire la part de chacune de ces lésions.

Au contraire, dans les cas où l'abcès n'a pas une origine rénale ou vésicale, on n'observe peu ou pas de modifications dans la sécrétion urinaire.

Ainsi, dans l'observation II, p. 15, nous trouvons les urines normales; de même dans l'observation de Kraetichmar (Obs. XII, p. 37).

Enfin dans le cas d'abcès phymatoïde périnéphrétique rapporté par Naudet (Obs. XV, p. 56) dans sa thèse, nous trouvons simplement cette mention : Urines claires limpides, légèrement albumineuses.

Nous pouvons donc en conclure que l'abcès tuberculeux périnéphrétique ne modifie pas d'une manière sensible la sécrétion urinaire.

Dans ces conditions, quel sera l'état du rein et de la vessie?

Il variera nécessairement, suivant que c'est l'un ou l'autre de ces organes qui aura provoqué la périnéphrite.

Si l'abcès est produit par une lésion autre qu'une altération de la glande ou du réservoir urinaire, le rein ne présentera à l'observation d'autre signe qu'un déplacement parfois considérable.

Le rein est en effet repoussé en avant et en bas, quelquefois jusque dans la fosse iliaque, et sa situation anormale viendra souvent embarrasser le diagnostic. La vessie ne présente rien de particulier à signaler.

L'uretère est le plus souvent épaissi, induré, généralement perdu au milieu de la collection purulente; il n'est pas facile de le reconnaître. En ajoutant qu'en dehors de la saillie formée par l'abcès, on peut observer à la surface

de la tumeur un œdème léger, quelquefois rosé, nous aurons passé en revue tous les signes physiques que peut présenter la périnéphrite tuberculeuse.

Les phénomènes généraux sont loin d'être aussi accentués et aussi constants.

La fièvre, l'apanage de presque toutes les phlegmasies, fait défaut ici la plupart du temps, et ce n'est guère que lorsque le malade est arrivé au dernier degré de la maladie ou qu'une autre affection intercurrente vient compliquer celle qui existe déjà.

C'est en effet un signe pathognomonique des abcès froids périnéphrétiques : ils évoluent d'une façon à peu près apyrétique.

L'observation que nous trouvons dans la thèse de Kraetchmar nous en fournit un exemple frappant (Voir Obs. XII, p. 37). C'est à la suite d'un effort, en soulevant une table assez lourde, que la malade a ressenti une douleur vive dans la région des reins, et ce n'est que beaucoup plus tard d'une façon insidieuse que la suppuration s'est produite. Tout porte à croire que l'on se trouve en présence d'un abcès périrénal tuberculeux. Mais jamais on n'a observé la moindre réaction fébrile.

Chez le malade, qui fait le sujet de l'observation II, p. 15, nous ne voyons aucune élévation de température. Et là aussi, cependant, on se trouvait bien en présence d'un abcès froid.

Nous pourrions encore citer d'autres exemples de ce genre.

Dans le cas où l'abcès périnéphrétique tire son origine d'une lésion d'un organe voisin et dans les cas où il n'est

lui-même qu'une manifestation ultime d'une longue suppuration, la fièvre alors est fréquemment observée : elle peut même parfois acquérir une grande intensité. Mais nous pensons qu'en général elle est sous la dépendance d'une lésion autre que celle du tissu cellulaire périnéphrétique. Tel est le cas rapporté par M. Le Dentu. Absès périnéphrétique chez un tuberculeux (Voir Obs. XXXII, p. 89).

Les troubles gastro-intestinaux sont trop peu marqués pour devenir inquiétants.

La diarrhée s'observe chez un certain nombre d'individus ; parfois ce sont des alternatives de constipation et de diarrhée. Mais ces phénomènes n'ont rien de constant et ne présentent rien non plus de caractéristique. Il en est de même des vomissements qui n'ont guère été notés qu'une fois ou deux.

L'appétit présente des variations bizarres ; mais si la suppuration continue il disparaît, et bientôt apparaissent à leur tour les sueurs nocturnes, l'amaigrissement et la cachexie.

Nous verrons dans un autre chapitre qu'il n'en est pas toujours fatalement ainsi.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS

Nous avons vu qu'un des grands caractères des abcès tuberculeux périnéphrétiques est la lenteur de l'évolution ; mais comme en pathologie rien n'est constant, les mêmes phénomènes peuvent se reproduire, mais suivant des modalités différentes.

Généralement, c'est d'une façon insidieuse que se développe la collection périnéphrétique.

Si l'abcès est primitif, le malade ressent bien quelques douleurs dans la région lombaire, mais il attribue cet effet à une cause antérieure banale, telle que l'impression du froid, un effort musculaire, comme dans l'observation rapportée par Krœtchmar (1), et l'affection ne se révèle dans un grand nombre de cas que par l'apparition de la tumeur.

Si l'abcès est secondaire ou consécutif à d'autres lésions tuberculeuses, sa marche est encore plus sourde, mais la plupart du temps, la localisation de la douleur, l'apparition d'une tumeur viennent fixer le diagnostic. Dans certains cas une tuberculose pulmonaire jusque-là latente prend une marche plus aiguë. Des suppurations se produisent dans les organes, et le tissu conjonctif périrénal devient le siège d'un abcès tuberculeux à marche d'abord insidieuse, puis plus rapide, par suite de l'état avancé de cachexie où se trouve le malade.

1. V. Obs. XII, p. 37.

OBSERVATION XV (Naudet) (1).

Abcès phymatoïde périnéphrétique.

Le 25 février 1870, est entré à l'hôpital un homme de 44 ans, pour affection thoracique dont il se plaint depuis longtemps.

Examen. — Signes de tuberculose fort avancée, et d'une pneumonie caséuse du côté droit, fièvre intense. Au bout de cinq à six jours douleurs vives dans le flanc droit.

A l'examen de la région, échancrure costo-iliaque soulevée surtout en arrière par une tuméfaction fort accentuée, au niveau de laquelle la pression détermine des douleurs violentes, fluctuation sensible.

Diagnostic. — Abcès.

Dans le service de Gosselin, on diagnostiqua, abcès périrénal et on se disposa à pratiquer une incision.

On constate dans le flanc, tumeur volumineuse, soulevant l'échancrure costo-iliaque et s'étendant jusque sur la paroi abdominale antérieure; à la surface de la tumeur, au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, se trouvent deux points plus saillants sur lesquels la fluctuation est tout à fait superficielle et qui communiquent entre eux, puisque l'on éprouve la sensation du passage d'un liquide quand on presse alternativement sur l'un et sur l'autre. La main appliquée en avant et en arrière de la tumeur perçoit à travers l'empatement des tissus une fluctuation plus profonde et plus obscure. Urines claires, albumineuses, pas de pus ni de mucus. On diagnostique abcès périnéphrétique. Quelquefois les urines sont troubles et floconneuses. D'un autre côté le malade ne s'était pas refroidi et n'avait jamais reçu de coups. Néanmoins on soupçonne une lésion rénale.

1. Thèse de Paris, 1870, p. 24.

Gosselin pratiqua l'incision au point culminant, correspondant au triangle de J.-L. Petit.

Il s'écoule environ un litre de pus phlegmoneux sans odeur stercorale ni urineuse.

Après l'ouverture de l'abcès, l'opérateur plongea le doigt à travers l'orifice de l'incision pour explorer la cavité et l'organe rénal. Rien de particulier, si ce n'est la profondeur de la poche.

Disparition des symptômes généraux. Tout semble promettre la guérison, lorsque le troisième jour après l'opération le malade est pris de malaise et d'oppression ; le lendemain l'état s'aggrave : six jours après l'opération le malade meurt avec tous les symptômes de l'asphyxie.

Autopsie. — Les poumons sont œdémateux et farcis de tubercules. Rien au cœur ni au péricarde.

Abdomen. — Rien dans le péritoine ni du côté des intestins.

C'est dans la région du rein que se trouvent les altérations ; le côlon et le péritoine qui le recouvrent sont respectés grâce à une couche de pseudo-membranes déposées à leur surface.

Sur l'extrémité supérieure du bord convexe du rein, on remarque une plaque arrondie, blanchâtre, de consistance caséeuse, de la dimension d'une pièce de 2 francs et empiétant sur l'une et l'autre face. Tout autour la capsule de Malpighi est adhérente au tissu sous-jacent. Rein tuberculeux et caséeux, calices et bassinets sains.

Toute la capsule adipeuse du rein a disparu. A sa place on trouve une cavité dont les parois sont tapissées par des lambeaux gangréneux et imbibés de pus. Cette cavité est bornée, en avant par le rein, en haut par le foie et le diaphragme, dont les fibres ont subi la dégénérescence graisseuse ; altérations des muscles de la paroi postérieure de l'abdomen. Le muscle carré lombaire est décollé en arrière par le pus qui a fusé jusqu'au niveau de la crête iliaque et s'est fait jour en traversant le triangle de J.-L. Petit pour se porter vers les parties superficielles. A ce niveau

se trouve l'orifice de l'incision qui a été faite pendant la vie. Pas d'altération appréciable des autres muscles. »

Cette observation fournit, dit Naudet, l'exemple d'un phlegmon périnéphrétique qui a commencé à se développer sous l'influence d'une cause locale, abcès phymatoïde du rein, mais qui n'a pris une marche réellement aiguë et violente qu'au moment où l'organisme ébranlé par le développement d'une pneumonie caséuse a présenté une plus grande tendance à un travail inflammatoire (1).

Notons cependant que certaines de ces affections peuvent se développer sans douleur, et qu'il arrive qu'un malade entre à l'hôpital pour une maladie tout autre. L'observation XV, p. 56, montre qu'au début l'abcès n'a pas empêché le malade de travailler.

Ces cas ne sont pas rares, non plus dans les abcès symptomatiques d'une lésion osseuse. Dans ce cas, c'est au bout de longs mois que l'on voit survenir la tumeur lombaire.

OBSERVATION XVI (Follet) (2).

Abcès périnéphrétique d'origine osseuse.

« Le malade âgé de 24 ans a joui d'une bonne santé jusqu'à 19 ans ; à cet âge, des douleurs dans les membres inférieurs. Cela cesse pendant un an. Appelé à faire son service militaire, il est repris des mêmes douleurs et lassitudes. Les médecins mili-

1. Maintenant peut-être dirait-on que l'abcès s'est inoculé secondairement par le pneumocoque (Tuffier).

2. *Bulletin médical*, 16 mai 1888.

taires ne le croient pas malade, mais bientôt, ils sont forcés par l'évidence manifeste du mal de le renvoyer en congé de réforme.

Depuis, les lésions n'ont fait que de s'accroître.

Entrée à l'hôpital : 20 juillet.

Examen. — Tumeur dans la cavité abdominale du volume du poing, allongée, mate à la percussion, lisse, de consistance ferme, nettement délimitée; très mobile; se déplace au moment de l'inspiration et de l'expiration. A l'inspiration, elle se montre dans l'abdomen; à l'expiration, elle se cache à droite, sous le diaphragme; le malade ne connaissait pas l'existence de cette tumeur; il montre une gibbosité annonçant un mal de Pott très avancé. On fait une ponction exploratrice avec l'appareil aspirateur de Potain. Résultat négatif.

Néanmoins quelques semaines après, je fis une incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire. Enorme quantité de pus; j'introduisis alors le doigt dans la plaie à une profondeur considérable dans le tissu cellulaire périrénal pour voir si je ne parviendrais pas à faire balloter entre mes deux mains (l'une étant appliquée sur l'abdomen) la tumeur dont il a été question : pas de sensation bien nette.

Actuellement, suppuration abondante. Le malade décline petit à petit. La tumeur abdominale reste indolente et mobile.

Ce n'est qu'au bout de longs mois que le malade s'est aperçu de la formation d'une bosse toute petite au début, mais qui depuis lors est toujours allée en augmentant au point d'atteindre le volume actuel et d'amener une dimension à la taille de 7 centimètres.

Quand le tissu cellulaire entre en suppuration le pus trouve une place, pour ainsi dire, toute préparée, se collecte en arrière du rein et le travail inflammatoire pro-

gressant, l'abcès ainsi formé peut se faire jour à l'extérieur par plusieurs voies.

Le pus, collecté en arrière du rein, proémine le plus fréquemment dans la région lombaire dont il efface la dépression habituelle, distend peu à peu les téguments qui offrent une certaine résistance ; puis fait irruption au dehors sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit. C'est ce qu'on peut appeler le lieu d'élection de ces sortes d'abcès. Si l'on n'intervient pas, la peau s'ulcère, une ouverture tantôt très petite, tantôt assez vaste, se forme sur le point le plus faible, et une fistule en est la conséquence.

Ce mode d'évolution est habituel, non seulement aux abcès primitivement développés dans la capsule adipeuse du rein, mais encore à ceux qui ont pour origine une lésion, soit de la glande elle-même, soit osseuse : il n'est pas le seul.

Ainsi le montre l'observation suivante :

OBSERVATION XVII (inérite, communiquée par M. Tuffier).

(Recueillie par M. Baillet, interne).

Abcès périnéphrétique tuberculeux.

B... Marie, 19 ans, domestique, entrée à l'hôpital le 3 mars 1890.

Présente un abcès trochantérien (petit trochanter), la malade a la jambe fléchie sur le bassin et en adduction, rétraction du psoas. Tout semble indiquer un abcès par congestion ayant fusé le long du psoas. Il n'y a cependant pas de signes de mal de Pott.

Ouverture et drainage de l'abcès. Il persiste une fistule très large et suppurant abondamment.

Depuis longtemps le malade a de l'incontinence d'urine persistante et déjà épuisée à son entrée se cachectise de plus en plus.

Mort le 12 septembre.

Autopsie. — Trajet fistuleux large comme un doigt filant sur le fascia iliaca par l'anneau crural jusqu'au corps des deuxième et troisième vertèbres lombaires, où il s'abouche avec une petite poche du volume d'une noix. C'est un abcès confluent, accolé aux deuxième et troisième lombaires. Celles-ci sont malades, mais les lésions ne sont pas très étendues.

Le rein kystique offre le volume du poing. Il présente l'aspect d'un rein tuberculeux et caverneux. A la coupe le parenchyme paraît complètement détruit. Seules persistent les colonnes de Bertin qui partagent le rein en autant de poches c'est l'aspect clinique du rein de pyélite. Le bassin et la partie inférieure de l'uretère sont remplis d'une matière caséuse qui a l'aspect du mastic frais. L'uretère qui dans son tiers supérieur a le volume du doigt paraît obturé à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 in-

férieurs et conserve au-delà son volume normal. Lorsque nous essayons avec le plus grand soin d'enlever l'uretère nous arrachons une partie de la paroi antérieure de l'abcès, les deux parois ne font qu'une à ce niveau. La vessie est profondément atteinte.

Dégénérescence amyloïde de tous les autres viscères.

La tuberculose rénale paraît être consécutive à la tuberculose osseuse. L'abcès rétro-rénal est le résultat de ces deux lésions.

OBSERVATION XVIII (Hartley) (1).

Abcès tuberculeux périnéphrétique.

X..., femme de 24 ans. Trois mois après un accouchement elle eut de la cystite ; 6 mois après elle entre dans le service d'Hartley avec une tumeur occupant la fosse iliaque et la région lombaire.

On fit une ponction exploratrice, puis une incision qui donna issue à du pus. Deux mois après un trajet fistuleux existe ; il existe des phénomènes fébriles. A l'examen, on trouve une tumeur fluctuante du volume d'une tête de fœtus et laissant sourdre du pus par l'orifice de l'incision ; cette tumeur se continue en haut et en arrière avec une masse irrégulière située dans la région des reins.

On agrandit l'incision primitive : écoulement de 30 onces de pus.

En introduisant les doigts dans la cavité, on sent le rein en haut complètement détruit. On le détache de ses adhérences et on

1. *British medical Journal*, 1887. T. II, p. 944.

l'enlève ; le pédicule est lié en trois portions ; on fait le drainage. La fièvre tombe dès le deuxième jour. Guérison.

OBSERVATION XIX (Rayer) (1).

X..., est âgé actuellement de 16 ans ; il a reçu un coup dans la région rénale à l'âge de 10 ans. L'état général est mauvais, fièvre hectique (le malade crachait du pus) ; symptômes de phthisie confirmée. Il offre en outre une tumeur lombaire. Il est soumis à un régime reconstituant, mais est atteint de diarrhée et de douleur dans l'aîne. Mort.

Autopsie. — On trouve tout l'interstice des muscles grand dorsal et sacro-lombaire, ceux du psoas et de l'iliaque rempli de pus ; après s'être fait jour sous le ligament de Poupart il était venu former une poche entre le triceps et le couturier. On pourrait appeler cette espèce de phthisie, phthisie cellulaire, puisqu'en effet elle n'avait attaqué que le tissu cellulaire de ces parties.

Les suppurations qui descendent de la colonne vertébrale peuvent se propager dans l'enveloppe celluleuse du rein et suivre ensuite leur trajet habituel, c'est-à-dire le long du psoas, la fosse iliaque, et venir sourdre au voisinage du pli de l'aîne et même plus bas, à la partie supérieure de la cuisse.

OBSERVATION XX (Lannelongue) (2).

X..., âgé de 6 ans ; aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. Quant à lui, il tousse souvent. A 5 ans, apparaît une

1. *Maladies des reins*. T. III, p. 260 et 662.

2. *Tuberculose vertébrale*, p. 370 et 380.

saillie à la région sacrée et un abcès à la partie externe du sacrum. Entrée à l'hôpital Trousseau en juillet 1885.

Injection d'éther iodoformé, puis ouverture et grattage.

Sortie en février 1886 avant guérison.

Rentrée en août 1886.

Etat actuel. — Gibbosité de la première vertèbre lombaire au sacrum ; de chaque côté de la région médiane existe un trajet fistuleux en relation avec les articulations sacro-iliaques.

Pas d'abcès dans la cavité abdominale.

Pas d'albumine dans les urines.

Mort le 15 décembre.

Autopsie. — Poumon : peu de tubercules pulmonaires ; quelques granulations sur la plèvre. Foie gras.

Reins. — Ils dépassent en bas de 3 centimètres le niveau de la crête iliaque. Le rein droit est gros, gras, le rein gauche volumineux et congestionné.

Examen du mal de Pott. — Dans la fosse iliaque gauche existe un gros abcès ayant détruit en partie le psoas et l'iliaque et remontant en arrière du rein. Ce rein constitue la paroi antérieure de l'abcès. Altérations du nerf crural.

Squelette. — La colonne lombaire présente, à droite des altérations peu étendues, à gauche elle est saine. L'abcès de la fosse iliaque a son origine plus bas. Il existe des altérations tuberculeuses des quatrième et cinquième lombaires ; ces altérations sont plus prononcées du côté du sacrum ; il y a des lésions, des articulations sacro-iliaques.

En arrière, au niveau de la jonction du sacrum avec la cinquième lombaire, on trouve un petit séquestre entouré de fongosités. Ce sont ces altérations osseuses qui ont donné lieu à l'abcès constaté du côté gauche dans le psoas iliaque. Il existe aussi des lésions du canal lombo-sacré.

En somme, le mal de Pott est plutôt sacré que lombaire. »

D'autres fois, le pus ayant son foyer dans le rein, peut fuser en diverses directions.

OBSERVATION XXI (Hortolès) (1).

Rein tuberculeux.

Garnier L..., âgé de 24 ans, cultivateur, entre à l'hôpital dans le service de M. le Dr Snack le 5 septembre 1878.

Le début de l'affection, suite d'un chaud et froid, remonte à 4 mois. Rien au sommet du poumon, sauf une diminution du murmure vésiculaire sans souffle dans le quart inférieur, avec matité, égophonie et frottements pleurétiques.

Dix jours après son entrée, il a eu de l'œdème des pieds, du scrotum et une tumeur est apparue à la région hypogastrique avec empâtement. Bientôt la fluctuation est devenue évidente et la tumeur occupe alors l'hypogastre, le flanc droit et les régions épigastrique et lombaire. La matité se continue en haut avec celle constatée au thorax.

La ligne courbe qui délimite en haut cette matité présente une convexité dont le sommet est un peu en haut et en dehors sur la ligne axillaire.

En même temps existe de l'œdème des parois thoraciques et abdominales correspondantes. Le soir, la température est de 39°. Urines tantôt purulentes, tantôt claires.

Le 31 décembre. — Une ponction exploratrice donne issue à un litre et demi de pus jaune clair, très fétide.

L'amélioration dure peu, et la tumeur se reforme vite, avec saillie du côté des lombes au-dessous de la dernière côte. Fluctuation. Ouverture de la tumeur qui donne issue à un litre de pus environ.

1. *Lyon médical*, 1879, t. 30, p. 595.

Le doigt introduit dans l'intérieur de la poche, la montre limitée à 5 ou 6 centimètres de pourtour, mais la quantité de pus qui s'échappe constamment indique qu'une boutonnière fait communiquer cette poche avec une autre plus profondément située.

Les jours suivants le ventre diminue de volume. Cachexie. La température du matin est de 37°,2, le soir elle est de 37°,5. Lava-ges de la plaie à l'aide d'une soude qui pénètre dans la poche sur une longueur de 10 centimètres en suivant une direction oblique en haut et en dehors, au-dessous des dernières côtes.

5 février. — Matité constante dans les trois derniers espaces intercostaux en arrière. L'extrémité de la sonde introduite dans la plaie peut être sentie entre la dixième et la onzième côte suivant la verticale axillaire ; on incise en ce point : écoulement facile du pus. Le soir apyrexie complète. Amélioration.

26. — Mort.

Autopsie. — La sonde introduite tout d'abord dans la cavité où l'on pratiquait les injections nous guide en nos recherches. Elle nous conduit dans une poche du volume du poing, tapissée de fausses membranes et située en haut et en arrière du foie. En ce point existent des adhérences complètes entre le parenchyme hépatique et rénal, qui avec le tissu cellulaire périnéphrétique participent pour la plus grande partie à la formation de la poche. En effet, la lésion essentielle est un kyste purulent multiloculaire du rein. De là, le pus a fusé dans des directions opposées : dans la fosse iliaque, en suivant la gaine du psoas, et du côté de la poitrine où il a déterminé un épaissement de la plèvre et la compression du poumon correspondant ; on trouve quelques tubercules crétaçés dans ce poumon. Le poumon gauche est normal ; il en est de même du rein gauche, qui est augmenté de volume. A l'exemple de la partie du foie participant à la formation de la poche, tout le reste de cet organe est sain.

Examen histologique.

Sclérose, c'est-à-dire infiltration du tissu conjonctif, se substituant par places au parenchyme lui-même ; cellules embryonnaires.

Glomérules en divers états de destruction ; on trouve sur les diverses préparations des tubes urinaires occupés par des cylindres colloïdes.

Tantôt au centre des îlots de cellules embryonnaires, tantôt vers un point plus ou moins rapproché de sa périphérie, nous trouvons des masses granuleuses limitées au pourtour par de petits noyaux (cellules géantes) ; on se trouve donc en présence de véritables tubercules. Tout autour de ces granulations tuberculeuses isolées s'est développé un tissu sclérosé par irritation de voisinage, tandis que dans les parties où les tubercules ont pu se fusionner ; une transformation caséuse s'est produite et son résultat a été la formation des vastes abcès que nous avons signalés.

OBSERVATION XXII (Rayer) (1).

Le 1^{er} septembre 1835, on fit passer dans le service de chirurgie la nommée M..., âgée de 35 ans, qui avait une paralysie du côté gauche et présentait des signes de maladies des voies urinaires.

Depuis 6 mois douleurs dans le bas-ventre. Elle urine peu, mais semble avoir uriné de l'humeur.

Elle quitte l'hôpital le 4 octobre pour y rentrer le 4 février 1836.

Douleur sourde à l'hypogastre, irradiant vers le pli de l'aîne et de la cuisse correspondante.

Miction douloureuse et urines rouges ; apparition d'une tumeur au niveau du pli de l'aîne.

1. *Maladies des reins*. T. III, p. 662.

8 février. — Ouverture de la tumeur avec le bistouri ; grande quantité de pus à odeur infecte.

Mort le 7 mars 1836.

Autopsie. — Pas de pus dans le péritoine ni de fausses membranes ; la moitié gauche du côlon transverse et le côlon descendant étaient adhérents à la tumeur.

On aperçoit au niveau de la région rénale une ouverture à bords lisses à travers laquelle un stylet mousse pénètre dans une poche purulente qu'on fait sourdre par la fistule. Sur le bord antérieur du psoas existe de la fluctuation et un foyer énorme occupe tout le corps des muscles psoas et iliaque. Ce foyer se prolonge, en bas jusqu'au petit trochanter, en haut jusqu'aux insertions supérieures du psoas.

Cet abcès a, en haut, deux embranchements, l'un qui passe derrière le rein, c'est le grand foyer, l'autre se prolonge en poche allongée et aplatie qui passe devant le rein ; en sorte que le rein se trouve logé entre deux abcès (l'antérieur peu considérable s'ouvre dans le côlon), et qu'il communique lui-même avec ces abcès par des fistules.

Le tissu cellulaire qui avoisine le côlon est ramolli.

L'uretère est doublé de volume.

Le rein droit augmenté de volume, est déformé et situé deux pouces plus bas qu'à l'ordinaire.

La membrane muqueuse de la vessie est parsemée de pointes rouges et noirâtres et imprégnée de matière tuberculeuse. »

Quelques faits rapportés par les auteurs nous montrent que les abcès peuvent encore s'ouvrir en haut, du côté de la cavité thoracique après perforation du diaphragme et irruption soudaine après effraction dans le poumon d'où le pus est évacué au dehors par les branches sous forme de vomiques.

OBSERVATION XXIII (Ducasse) (1).

Un homme, depuis longtemps, était atteint d'une douleur au côté gauche de la poitrine, qui avait fini par rendre la respiration difficile, les mouvements du thorax douloureux et par forcer le malade à rester au lit, tout à coup la douleur se fixe à la région lombaire derrière les côtes asternales. Il y a fièvre vive pendant 15 jours ; la présence de la fluctuation engage à y faire une ponction qui donne issue à deux livres de pus de bonne qualité, et lorsque deux jours après, on se préparait à réitérer la ponction, soudain, le malade, dans un accès de toux, expectore six livres de crachats mêlés de pus semblable à celui de l'abcès lombaire. Celui-ci est alors largement ouvert et guérit en un mois. »

D'autres fois, mais ces cas sont plus rares, l'abcès peut s'ouvrir dans le côlon ascendant, l'uretère correspondant, et même l'uretère du côté opposé.

OBSERVATION XXIV (Newmann) (2).

J'ai vu un cas intéressant d'abcès périnéphritique ouvert non seulement dans le côlon ascendant, mais encore dans l'uretère du côté opposé.

Le rein gauche est entouré par un abcès ; il en est lui-même converti en une série de cavités irrégulières, contenant du pus ; le bassin dilaté est très reconnaissable.

L'abcès communique également avec l'uretère droit et le gauche par un prolongement passant sous la ligne médiane. Le rein

1. Citée par Rayer. *Maladies des reins*, t. III.

2: *Surgical diseases of the kidney*. London, 1888.

droit est augmenté de volume et contient de nombreux petits abcès. Le foie et les reins sont amyloïdes. Les testicules sont tuberculeux ; le malade était un homme de 30 ans malade depuis deux ans. L'abcès après s'être vidé une première fois par l'uretère avait du être incisé cinq mois après. »

Enfin l'inflammation tuberculeuse périnéphrétique peut encore se propager au psoas et au muscle iliaque.

Lancereaux (1) cite le cas d'après Rayet : « En arrière, la matière tuberculeuse s'était fait voie par de nombreux orifices au milieu des fibres musculaires, et ce travail d'élimination et de ramollissement avait donné lieu à une vaste collection purulente qui avait disloqué et atrophié le muscle psoas iliaque.

Quelle est la durée de ces phthisies cellulaires péri-néales ?

D'après le mode de début, la marche et la terminaison, il est très difficile de fixer même approximativement le temps que mettent ces suppurations à évoluer.

Insidieux est leur début, variable est leur durée. Quelques-uns mettent deux ans à se développer, d'autres en un mois arrivent à leur période ultime.

D'après nos observations, nous croyons pouvoir dire que deux ou trois mois est le terme moyen qu'il convient d'assigner comme durée à ces abcès.

Bien rarement, les abcès froids périnéphrétiques n'arrivent pas jusqu'à la suppuration ; cependant ce serait être trop exclusif de dire que celle-ci est fatale ; car M. Tuf-

1: Dictionnaire encyclop. des sciences médicales. Art. Rein.

fier vient de nous communiquer une observation inédite dans laquelle un malade opéré par lui de néphrectomie sous-capsulaire, présentait de la périnéphrite non suppurée autour d'un rein tuberculeux non abcédé.

OBSERVATION XXV (inédite communiquée par M. Tuffier).

Périnéphrite non suppurée autour d'un rein tuberculeux. Néphrectomie sous-capsulaire. Réunion par première intention sans drainage. Guérison.

N. M..., 48 ans, entrée le 9 janvier 1891, salle Huguier, à l'hôpital Beaujon. Antécédents tuberculeux. Début des accidents en 1887 par une cystite tuberculeuse. Insuffisance du traitement par dilatation du col pratiquée à Necker en octobre 1890. Les douleurs sont si violentes du côté du rein que les phénomènes de cystite disparaissent devant les douleurs lombaires. C'est en présence de ces accidents que M. le D^r Desnos envoie la malade à M. Tuffier. On trouve dans le flanc gauche une tumeur du volume des deux poings ; cette tumeur est extrêmement douloureuse. M. Tuffier diagnostique une tuberculose du rein. Devant l'intensité des douleurs que ne calme pas le repos, on agite la question de l'intervention.

Le rein gauche était absolument sain et les résultats de l'analyse des urines le prouvent, M. Tuffier propose la néphrectomie, car dans ces cas la néphrotomie donne de médiocres résultats.

Après incision lombaire pratiquée le 14 janvier, on trouve une masse grasseuse énorme plus dure que la graisse périrénale habituelle et de couleur plus foncée après l'avoir incisée et décorquée difficilement, il arrive sur le rein qui paraît mamelonné. Il est impossible de séparer la capsule propre du rein de la capsule grasseuse ; au contraire, la capsule propre se sépare facilement du parenchyme sous-jacent (néphrectomie sous-capsulaire).

Guérison sans drainage.

Cette atmosphère graisseuse est si volumineuse qu'un mois après, on trouvait un ballonnement rénal typique du côté malade.

Cette observation intéressante sera d'ailleurs publiée ultérieurement *in extenso* par M. Tuffier.

OBSERVATION XXVI (Douillet) (1).

Rein tuberculeux.

Louise A..., âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital le 4 octobre 1883. Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé jusqu'à neuf ans. A partir de cet âge, quelques manifestations tuberculeuses. Au mois d'avril 1882, douleurs dans le flanc droit avec paroxysmes douloureux. Urines troubles, envies d'uriner fréquentes. Pas d'hémoptysies; la tumeur a augmenté progressivement, elle est stationnaire depuis 7 ans.

Actuellement dans le flanc droit, se trouve une tumeur fluctuante douloureuse; la douleur n'augmente pas par la pression, le rire, la toux.

Néphrectomie le 22 janvier 1884. Incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire du côté droit. Le rein est adhérent de toutes parts à la loge graisseuse chroniquement enflammée.

Autopsie.

Rein gauche, tuberculeux, adhérences avec le tissu adipeux qui l'entoure, plus grandes qu'à l'état normal.

Néanmoins, la résolution est rare. Le pus, étant formé, qu'arrivera-t-il? Il faut considérer deux cas différents :

1. Thèse de Lyon, 1887.

les cas où l'on intervient, et ceux où la maladie suit son cours.

Dans le premier, si l'on intervient à temps, on observe presque toujours la guérison, témoin le malade traité par M. Tuffier et dont l'observation est ici rapportée (Voir Obs. II, p. 15).

Mais, fréquemment, il arrive que la périnéphrite est le dernier terme des manifestations tuberculeuses, et le malade est emporté plutôt par le fait de son état général que par la lésion périrénale elle-même. Cependant dans un cas de néphrectomie, publié par Elder, il y avait un abcès périnéphrétique consécutif à une tuberculose rénale. Le malade guérit.

OBSERVATION XXVII (Elder) (1).

X..., femme de 36 ans, souffrant de douleurs lombaires du côté gauche avec irradiations dans la cuisse depuis 2 ans et demi. On trouve une tumeur très fluctuante s'étendant de l'épine iliaque à 1 centimètre à gauche de l'ombilic. La matité se confond avec celle du cœur. Les poumons sont atteints de tuberculose. Urines ammoniacales.

Incision lombaire et écoulement de pus abondant. Urine très purulente. Néphrectomie.

Opération le 20 juin 1882. Par incision lombaire, on évacue beaucoup de pus. Adhérences considérables du rein. Hémorragies. La capsule est surtout difficile à énucléer au niveau du pédicule. Une ligature en masse fut appliquée sur le pédicule et ce

1. *Lancet*, 1882, t. II.

ne fut que la troisième qui ne glissa pas. Urines normales. Guérison. Rein enlevé tuberculeux. »

Quelquefois aussi, la guérison en est très rapide, et s'effectue avec une simplicité extrême. Bouilly (1) en rapporte un cas chez un jeune homme qui avait en même temps les urines très purulentes. Après avoir ouvert l'abcès, et l'avoir gratté, le pus disparut de suite des urines et la guérison se fit en cinq semaines sans fistule.

Mais, la plupart du temps, s'il n'y a pas intervention, c'est la mort qui survient.

La mort arrive de différentes façons, soit par cachexie, soit par urémie, la tuberculose ayant envahi successivement tout ou partie de l'appareil génito-urinaire, soit par généralisation, soit encore par une maladie intercurrente.

Quoiqu'il en soit, l'abcès s'étant ouvert en un point quelconque, généralement à la région lombaire, on a alors des fistules interminables qui communiquent avec un ou plusieurs foyers et n'ont aucune tendance à se fermer. Le malade meurt de cachexie, d'épuisement, d'infection.

Bref, la mort est rarement le fait même de l'abcès froid périnéphrétique; elle survient le plus souvent à la suite de complications, que ces complications tiennent à la maladie elle-même, ou qu'elles dérivent d'une autre affection.

1. *Manuel de philologie externe*, t. 4.

COMPLICATIONS

« Comme complication la plus ordinaire de la périné-
« phrite tuberculeuse, dit Fischer (1), il faut noter la tuber-
« culose généralisée. Celle-ci arrive le plus souvent de bonne
« heure, lorsque la périnéphrite est une conséquence de l'in-
« flammation caséuse ou tuberculeuse des organes génito-
« urinaires, ou le symptôme final de la longue chaîne des
« manifestations pathologiques bacillaires. Elle est appelée
« par une suppuration épuisante et infectieuse. »

C'est en effet ce que l'on observe généralement ; le ma-
lade ne peut faire les frais d'une longue suppuration, son
organisme est trop profondément atteint, il meurt phthisi-
que. L'autopsie vient confirmer la vérité de cette assertion.

D'autres fois cette phthisie au lieu d'être généralisée se
localise en quelque sorte d'emblée sur l'appareil urinaire,
et les individus meurent par urémie.

OBSERVATION XXVIII (2) (Champetier de Ribes).

Phthisie urinaire.

E...., A..., 18 ans, entre dans le service de M. Moutard-
Martin le 19 novembre 1877.

Apparence chétive. Respiration difficile. Expiration courte et

1. *Sammlung für klinisch Vortrage*, n. 253 (chirurgie, n. 79), p. 2481.

2. *Société anatomique*, 1877, p. 562.

plaintive. On ne trouve ni dans le cœur ni dans les autres organes respiratoires la cause de cette dyspnée. Le 19 novembre à 5 heures du soir : pouls 106, température rectale 38°. Nombre des mouvements respiratoires : 38 dans une minute.

Pas de frisson. La maladie a débuté brusquement le 10 novembre. Le soir de ce jour, en rentrant de son travail, il eut un éblouissement et tomba sans connaissance.

Peu après, gêne de la respiration, douleurs lombaires, avec irradiations le long du trajet des deux uretères, sensibilité très vive à la région épigastrique au-dessus de l'arcade pubienne.

Dès l'âge de 8 ans, ventre gros, maux de rein, sensation de chaleur derrière le pubis, troubles de la miction. Tantôt mictions douloureuses, tantôt incontinence d'urine. Il y a 3 ans, c'est-à-dire à 15 ans, hématuries abondantes. Urines troubles laissant un dépôt jaunâtre.

Depuis ce jour l'état du jeune homme resta le même. Fréquentes douleurs dans les reins et le bas-ventre. Il y a un mois, hématuries peu abondantes. L'urine que nous voyons est trouble et décolorée, jaune sale, et laissant déposer, sans s'éclaircir, un abondant précipité purulent. Ce sont là les caractères que le professeur Guyon assigne à l'urine des maladies des reins.

Le 23 novembre. — Mort sans attaques convulsives.

Autopsie. — Les deux reins présentent les mêmes lésions. Ils forment de chaque côté une poche fluctuante : leur volume dépasse le double de l'état normal ; dans le tissu graisseux peu abondant qui les entoure, on trouve par place un pus infiltré provenant de la rupture de cavernes superficielles. Dilatation considérable des deux uretères, sans qu'on trouve un obstacle pouvant les comprimer qui explique cette augmentation de volume.

Une coupe de reins montre que le tissu de ces organes est réduit à une coque d'un centimètre d'épaisseur.

Pas de granulation tuberculeuse dans la muqueuse des calices, des bassinets et des uretères.

Noyaux tuberculeux dans les reins : on y trouve également de véritables cavernes remplies de pus et de masses caséuses.

Vessie. — Capacité du réservoir augmentée, parois épaissies, muqueuse injectée, semis de fines granulations dans le bas fond. Sur toute la surface de la vessie, taches ecchymotiques noirâtres ; étendue variable, volume d'une lentille. En aucun point la muqueuse vésicale n'est ulcérée.

En résumé, tuberculose de reins ayant amené la production de cavernes ; les unes vidées dans les canaux excréteurs et confondues avec eux, les autres contenues dans le parenchyme de l'organe et parfaitement fermées. D'autres enfin en petit nombre ouvertes à l'extérieur dans l'atmosphère celluleuse. Granulations grises sous-épithéliales et ecchymoses de la muqueuse vésicale, dilatation considérable des calices, des bassinets et des uretères sans que ces canaux présentent de lésions tuberculeuses.

Au point de vue symptomatique : urémie à forme dyspnéique.

Nous croyons qu'on peut admettre que des caillots ou des débris caséux arrêtés dans les dernières portions des uretères ont été la cause première d'une gêne au cours de l'urine, gêne dont la persistance a pu être entretenue par la formation au niveau du bas fond vésical des culs-de-sac que nous avons signalés.

Ici l'inflammation périnéphrétique n'existe pas dans le sens que nous lui attribuons. Les matières tuberculeuses se sont déversées dans la loge celluleuse, mais la plupart des signes de la périnéphrite ont été masqués par l'affection aiguë des reins.

Dans le fait rapporté par Nieden, il existe tout à la fois de la suppuration rénale, périrénale et enfin infection secondaire généralisée de tous les organes génito-urinaires. Ce cas très complexe est des plus curieux.

OBSERVATION XXIX (Nieden) (1).

S. Michel, 21 ans, hôtelier. Antécédents héréditaires bons. Il est de faible constitution. A toujours été cependant bien portant, jusqu'à il y a 2 ans.

A cette époque, sans cause connue, gonflement des deux testicules.

En 8 jours, forte suppuration. En même temps, difficulté d'uriner; mictions douloureuses. Urines troubles, floconneuses.

En automne 1876, après un refroidissement, gonflement douloureux dans la région inguinale droite. Accroissement rapide de la tumeur, qui devient purulente, et s'ouvre spontanément à gauche; dans la même région les mêmes phénomènes se produisent avec une marche semblable.

Pas de frisson, pas de fièvre.

Depuis 14 jours, douleurs violentes, lancinantes dans la région sacrée et surtout dans la région lombaire droite, douleurs qui ne permettent pas au malade la station verticale.

Depuis ce moment sensibilité à la pression dans la région lombaire droite.

23 juin 1877. — Le malade se cachectise. Râles dans la poitrine. Gonflement de l'abdomen. La prostate, facile à sentir, est grosse, douloureuse.

12 juillet. — Tumeur fluctuante profondément située dans la région lombaire droite au-dessous de la douzième côte.

25 août. — Aspiration avec l'appareil Dieulafoy. On retire 400 centimètres cubes de pus trouble, sans odeur. Soulagement immédiat.

1. *Deutsch. archiv. für Klinische medicin*, 1878, t. 22, p. 451.

31 août. — 200 centimètres cubes de pus épais et quelque peu hémorrhagique.

8 octobre. — Nouvelle ponction, 500 centimètres cubes de pus.

10 octobre. — Trois grandes incisions sont faites par le professeur Maas. La première vers les vertèbres lombaires ; la deuxième suivant la crête iliaque, et la troisième à la hauteur du pli fessier. Pus épais et fétide.

Rein facile à sentir.

27 novembre. — Mort.

Autopsie. — Pas d'œdème du scrotum. Dans l'hypocondre droit une cicatrice parallèle au ligament de Poupart et à l'extrémité inférieure de cette cicatrice, une ouverture fistuleuse conduit au-dessus d'un pli en forme de demi-lune et profondément situé. Une deuxième ouverture fistuleuse se trouve au-dessus du milieu du bord inférieur de la cicatrice. De là une sonde pénètre à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ dans la direction de l'épine iliaque antéro-supérieure. A gauche se trouve également au-dessus du milieu du ligament de Poupart une cicatrice de faible étendue et de son extrémité interne et inférieure, part un trajet qui s'étend à une profondeur de un centimètre dans la direction du canal inguinal.

Poitrine. — Poumons un peu rétractés, le droit est presque libre, quelques nodules caséeux. Le poumon gauche est adhérent par son lobe supérieur dans lequel on trouve de nombreuses cavernes purulentes. Congestion à la partie inférieure. Signes d'inflammation de la plèvre.

Abdomen. — Liquide dans la cavité du petit bassin. L'intestin grêle est sain. Le gros intestin et l'épiploon sont rétractés en différents points par des adhérences. Au-dessous du côlon ascendant l'espace compris entre la colonne vertébrale et la paroi abdominale latérale est tout entier rempli par une poche qui est en partie fluctuante et accolée au lobe droit du foie dont elle se laisse

assez facilement détacher. Elle s'étend jusqu'au diaphragme et à la portion verticale du duodénum auquel elle adhère solidement. Les deux reins dans leur situation normale ne sont pas immobilisés. Les cordons spermatiques sont adhérents à la cicatrice inguinale.

Adhérence de la tumeur au lobe droit du foie qui se déchire. Ecoulement de pus grumeleux et jaunâtre. Près de l'extrémité inférieure de l'abcès, on trouve d'autres collections purulentes communiquant entre elles par des fistules.

La paroi postérieure de cet énorme foyer purulent est formée par les muscles macérés et presque détruits. Au niveau de la première vertèbre lombaire se trouve un trajet qui conduit sur l'apophyse transverse. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque et le tissu cellulaire du muscle psoas iliaque sont considérablement épaissis.

La moitié supérieure du rein droit est changée en une vaste caverne, il est presque méconnaissable.

L'uretère droit est dilaté légèrement dans sa partie supérieure, épaissi dans sa partie inférieure.

La vessie est quelque peu rosée, la paroi musculaire est hypertrophiée.

L'uretère gauche présente les mêmes lésions que le droit.

Le rein gauche est manifestement tuberculeux, quelques petits abcès dans son intérieur.

Le foie est gros et atteint de dégénérescence graisseuse.

Le côlon et le rectum sont hyperhémisés, présentent quelques petits abcès. Pas de fistules prostates-rectales.

Les deux veines iliaques sont thrombosées.

Enfin les tubercules peuvent se répandre jusque dans les trompes, les ovaires et même l'utérus (V. Obs. XI, p. 31).

Quelquefois c'est une phlegmasie aiguë qui éclate brus-

quement, dont rien ne faisait prévoir l'apparition et qui emporte le malade.

Comme autres complications, Ebstein (1) signale un cas d'ulcère perforant de l'estomac, et Gordon (2) dans un autre cas constate deux abcès du duodénum. Viennent ensuite les hydropisies des séreuses et les dégénérescences des glandes, foie, rate, si fréquentes dans les longues supurations.

1. Cité par Fischer. *Sammlung. klin. Vorträge*, n° 233, p. 2153.

2. Cité par Fischer. id. id.

DIAGNOSTIC

L'abcès froid périnéphrétique, lorsqu'il se présente avec ses deux grands signes, douleur et tumeur, qu'il est consécutif à une tuberculose générale déjà avancée, ou qu'il procède d'une lésion antérieure de même nature d'un organe voisin, est d'un diagnostic facile. Mais nous avons montré qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que dans certains cas la suppuration périnéphrétique est tellement insidieuse qu'elle ne se révèle à l'observateur que par quelques symptômes secondaires, qui prennent dans ces cas une grande valeur.

Nous étudierons donc le diagnostic de l'abcès, et nous essaierons ensuite de remonter à son origine. En d'autres termes nous ferons le diagnostic de la cause.

Et tout d'abord examinons le cas où il n'y a pas tumeur. La douleur est le seul signe qui nous guidera.

La contusion simple et le lombago ne peuvent que momentanément donner lieu à une confusion.

La néphralgie, ou névralgie iléo-lombaire, présente des points douloureux sur le trajet des nerfs abdomino-génitaux. Mais elle-même peut être symptomatique d'une lésion profonde. C'est alors que des recherches devront être faites dans ce sens, surtout si les douleurs sont persistantes et si l'état général du sujet s'aggrave.

Les crises douloureuses de la colique néphrétique ont

plus d'une fois égaré le diagnostic et nous ne voulons citer pour mémoire que le cas de Besson (Obs. XXX, p. 84). Mais hâtons-nous d'ajouter que c'est là l'exception, l'abcès froid périnéphrétique évoluant plus sourdement et avec moins de fracas. D'autre part, l'examen des urines, les graviers que l'on peut rencontrer dans ce liquide feront penser à la lithiase rénale.

Quelquefois les douleurs lombaires pourront faire croire à des lésions des organes génitaux chez la femme. Le toucher vaginal lèvera tous les doutes.

Dans une deuxième série de cas se joint la tumeur, et cette tumeur siège dans la région lombaire.

A ce niveau on observe assez souvent des lipômes. Cette tumeur ne donne, il est vrai, que des signes négatifs. Elle est généralement indolore, d'une consistance molle, pâteuse, elle a une marche lente, et elle n'a surtout aucune influence sur l'état général. Nous ne trouvons pas là les signes de la collection périnéphrétique, qui est douloureuse, rénitente, puis fluctuante, profondément située, et qui dans la majorité des cas se présente chez des individus dont l'organisme est profondément atteint.

Il est un autre genre de tumeur qui bien que rare en cet endroit peut néanmoins faire hésiter le chirurgien : nous voulons parler de la hernie lombaire au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Ici en effet il y a tumeur rénitente, donnant la sensation de flot, il y a aussi douleur. Mais si l'on vient à exercer sur cette masse une pression, la saillie disparaît, il y a réduction à moins que la hernie ne soit très ancienne, néanmoins cette réduction s'est opérée à un certain mo-

ment. On peut trouver quelquefois de la sonorité à la percussion. Enfin en s'aidant des anamnestiques, on ne trouvera pas dans les autres organes de lésions pouvant faire admettre un abcès périrénal.

Dans d'autres cas des déviations du rachis consécutives à un abcès périnéphrétique ont pu être prises pour un mal de Pott. C'est rare à la vérité, mais l'observation de Besson nous montre que le cas peut se présenter. Il faut alors examiner avec soin le rachis, constater les points douloureux qui peuvent exister le long de la colonne vertébrale et pratiquer une exploration méthodique de l'abdomen et surtout de la région des reins.

OBSERVATION XXX (Besson) (1).

Ern. B..., père rhumatisant, lui-même à 3 mois avait du sable dans les urines.

Depuis le mois de mai 1883 est toujours maladif. Traitement reconstituant. Au mois de février 1884, point douloureux en dehors de la première vertèbre lombaire et de la deuxième dorsale. Apparition simultanée d'un point pleurétique du côté droit qui persista jusqu'en septembre 1884.

En août, douleurs vives du côté des reins qui reviennent par accès et qu'on rattache à des coliques néphrétiques. L'enfant est courbé en deux. Un peu plus tard la colonne lombaire se met en cyphose. On diagnostique un mal de Pott. Quelque temps après on constate un point douloureux à la partie supérieure de l'échancrure costo-iliaque gauche un peu en dehors de sa colonne vertébrale, qui n'est plus douloureuse à la percussion. La cuisse est

1 Besson. *Gaz. méd. de Paris*, 1886, p.511.

fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. On met l'enfant dans une gouttière de Bonnet. Bientôt après la colonne vertébrale se met en scoliose à droite dans son tiers inférieur.

Au commencement de 1885, point douloureux en dehors de la colonne vertébrale à gauche au niveau du triangle de J.-L. Petit, douleur dans la fosse iliaque, et du côté du rein gauche pas de pus dans les urines. Sensibilité assez vive dans la zone du crural, diagnostique abcès périnéphrétique.

Incision de l'abcès le 26 février. Poche considérable occupant l'atmosphère celluleuse du rein et en bas jusqu'à l'artère fémorale. Râclage de la poche, lavages. Injection de chlorure de zinc à 5 pour 100.

Amélioration, la colonne vertébrale reprend sa rectitude.

Guérison. Evolution lente : 15 mois.

Ces cas exceptionnels montrent que le diagnostic peut être parfois d'une difficulté extrême. Mais il est des circonstances dans lesquelles l'abcès périnéphrétique, au lieu de proéminer du côté de la région lombaire fuse en avant dans la fosse iliaque ou dans la cavité abdominale. Ces phénomènes se produisent surtout lorsque l'abcès provient d'une lésion osseuse d'un mal de Pott par exemple. Ces cas peuvent encore se produire même lorsque la collection purulente fait déjà saillie en arrière (Voir obs. XXXI, p. 86).

En déprimant fortement la paroi abdominale avec une main, tandis que l'autre est appliquée en arrière sur la région lombaire, on pourra constater la présence d'une tumeur dans la cavité abdominale.

La consistance de cette masse, son immobilité dans les mouvements respiratoires éloigneront de l'esprit d'une tumeur du foie.

De même la typhlite présente des symptômes généraux beaucoup trop marqués pour qu'on puisse la confondre avec un abcès périnéphrétique.

D'autre part, le cancer de l'intestin est plus étalé, plus dur, et n'offre pas du tout les caractères d'une collection liquide.

Il reste donc à examiner si la tumeur n'est pas le rein lui-même ou une maladie de ses annexes calices ou bassinets.

Des nombreuses recherches expérimentales qu'a fait M. Tuffier sur l'anatomie et la physiologie du premier il résulte que celui-ci se déplace pendant les mouvements respiratoires tandis que sa capsule adipeuse reste immobile. Par conséquent si dans un cas d'abcès périnéphrétique faisant saillie en avant on vient à faire faire au malade des mouvements respiratoires énergiques, on sent le rein participer à ces mouvements, tandis que la tumeur conserve une certaine immobilité, on est alors en droit de conclure à une masse située en dehors de la glande.

Néanmoins certaines tuberculoses périnéphrétiques peuvent en imposer pour des tumeurs du rein, et alors le diagnostic est quelquefois impossible.

OBSERVATION XXXI (Howard Marsh).

C..., 46 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de la région lombaire droite. Urines normales. Symptômes de bronchite chronique. Deux ponctions. Mort.

Autopsie. — Péritonite chronique, surtout à droite. Rien dans le foie, la rate ni les intestins. Le rein gauche est sain. Le rein droit est intimement adhérent aux intestins et à la colonne verté-

brale, par du tissu fibreux dense, entourant également les vaisseaux du rein et la veine-cave. Dans ce tissu on trouvait une certaine quantité de matière caséuse. Le rein était converti en une série de kystes tuberculeux ouverts dans le bassin. Il était épaissi sur une longueur de 4 pouces. Autour de la glande, collection purulente en contact avec elle. La vessie et les organes pelviens étaient sains.

L'hydronéphrose peut offrir certains signes communs avec l'abcès périnéphrétique, mais du reste, le développement de ces deux maladies présente quelques différences qui permettent le plus souvent de les distinguer l'une de l'autre. Il y a dans l'hydronéphrose des troubles de la miction. Il y a mobilité de la tumeur ; l'excrétion de l'urine se trouve subitement diminuée, s'il n'y a pas eu hypertrophie compensatrice de l'autre rein. Souvent on sera obligé même, en tenant compte des antécédents, de recourir à la ponction exploratrice.

Le diagnostic abcès périnéphrétique étant posé, il faut se demander maintenant quelle en est l'origine.

Les traumatismes, contusions, efforts, chutes peuvent déterminer des déchirures de la capsule graisseuse, il se produit alors un véritable hématome périrénal, puis consécutivement un phlegmon plutôt qu'un abcès (1) ; c'est ce que l'on a désigné sous le nom de phlegmon périnéphrétique idiopathique. L'intensité des phénomènes généraux, la douleur, les commémoratifs, et enfin l'absence de lésions chroniques des organes génito-urinaires et des autres viscères montreront que cette inflammation est réellement primitive.

1. Tuffier. *Traumatismes du rein*. — *Arch. gén. de Méd.*, 1889.

Mais le plus souvent c'est à la suite d'une altération de la glande rénale que succède l'abcès. L'examen des urines dans ces circonstances donne de précieux renseignements. On y trouve généralement des graviers, de plus le liquide est rouge, il y a eu des hématuries, antérieures et la plupart du temps des crises de coliques néphrétiques. C'est là le tableau du phlegmon succédant à la lithiase rénale. N'oublions pas cependant que les calculs du rein sont venus compliquer les cas de tuberculose périnéphrétique même consécutive à une lésion osseuse (Voir cas de Bourcy, p. 35; de Cullingworth, p. 30).

Si les signes de pyélo-néphrite calculeuse font absolument défaut, si on ne trouve pas dans les antécédents personnels ou héréditaires aucun symptôme de lithiase, si l'examen des urines ne décèle pas la présence de graviers, on peut se demander alors s'il n'y a pas une tuberculose rénale.

Il faut dans ces cas rechercher avec soin les symptômes tuberculose dans les reins et dans les poumons d'abord, puis la vessie et les organes génitaux, et se fonder sur les signes propres de l'abcès froid périnéphrétique pour établir un diagnostic qui n'aura réellement de valeur que si on trouve des bacilles dans l'urine.

La collection lombaire peut encore provenir d'une tuberculose vertébrale et nous nous trouvons ici en présence d'un véritable abcès par congestion qui a envahi dans sa marche tout le tissu cellulaire de proche en proche. Il faut donc rechercher avec soin les signes propres au mal de Pott et les connections qui peuvent exister entre la suppuration périrénale et le foyer osseux. Ce qui n'est pas tou-

jours facile. Car ou bien on diagnostique un abcès froid périnéal en négligeant l'abcès par congestion qui l'a provoqué, ou bien on reconnaît l'abcès par congestion, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre la suppuration de la capsule adipeuse.

Tantôt l'abcès périnéphrétique peut provenir d'un abcès du psoas. La douleur profonde, la flexion de la cuisse sur le bassin feront penser à un psoitis. Mais ces signes sont encore bien trompeurs, puisque nous les retrouvons dans l'abcès froid périnéphrétique (V. Obs. XXX, p. 84).

N'oublions pas toutefois qu'il peut y avoir abcès périnéphrétique tuberculeux et ostéite de même nature sans qu'il y ait pour cela communication entre les deux foyers. Schwartz (1) dit qu'il a observé une femme tuberculeuse atteinte d'une ostéite de l'os iliaque et de la colonne vertébrale. Cette malade eut un abcès périnéphrétique avec fistule persistante. On crut devoir rattacher l'abcès à la lésion osseuse; or, à l'autopsie on constata que l'abcès ne communiquait nullement avec la lésion du bassin, mais qu'il s'était développé autour d'un foyer tuberculeux du rein (Schwartz).

Nous trouvons également une observation de M. Le Dentu dans laquelle un individu tuberculeux présente dans la région lombaire un abcès froid périnéphrétique sans qu'on puisse trouver un trajet établissant un lien de communication entre ces deux foyers.

OBSERVATION XXXII (Le Dentu).

M..., âgée de 21 ans, entrée le 28 mars 1864. Il porte dans la

1. Schwartz. *Soc. anat.*, 1882, p. 258.

région lombaire une vaste collection dont il fait remonter le début à quatre semaines. Douleur, empâtement général, fluctuation. Toux sèche, fièvre le soir. Incision ; écoulement d'une grande quantité de pus phlegmoneux mêlé de sang. Erysipèle. Mort le 7 avril.

Autopsie. — Vaste abcès occupant toute la fosse lombaire ayant envahi la gaine des muscles spinaux après perforation des aponévroses du transverse et du petit oblique. Le rein plongé dans le foyer est intact, sauf un peu d'épaississement de sa capsule. Poumon gauche intact, un petit tubercule au sommet du poumon droit.

Il est donc excessivement difficile dans ce cas de remonter à l'origine du mal. On serait presque tenté d'en faire un abcès tuberculeux primitif.

Les abcès périnéphrétiques qui se développent à la suite ou dans le courant d'une maladie infectieuse, grippe, fièvre typhoïde, etc., seront facilement diagnostiqués en se guidant sur les commémoratifs.

Il en sera de même des collections purulentes lombaires, prolongements des suppurations du tissu cellulaire péri-utérin. Chez les femmes en état de puerpéralité, un accouchement récent, la preuve constante d'un foyer de suppuration dans le paramétrium (1), feront facilement reconnaître la cause de ces suppurations.

Reconnaître un abcès périnéphrétique est chose relativement facile, mais ce qu'il importe surtout de savoir c'est d'où il provient. Est-on en présence d'un abcès idiopathique, ou d'un abcès d'origine infectieuse calculeuse ou tuberculeuse ? C'est là le point délicat et en même temps capi-

1. Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891.

tal. Le pronostic en dépend, car grâce à un diagnostic causal bien établi, par un traitement convenablement institué on pourra essayer de modifier avantageusement ou même de guérir non seulement l'abcès mais encore la maladie qui l'a engendré.

Néanmoins nous ne saurions trop insister sur les difficultés qu'il y a dans certains cas à remonter jusqu'à l'origine de ces suppurations. En effet, tantôt la lésion primitive peu avancée est difficile à constater, tantôt l'évolution simultanée d'une autre maladie masque tous les signes de la première.

PRONOSTIC

Le pronostic des abcès tuberculeux périnéphrétiques est grave. Il est grave non seulement parce que l'affection se développe dans une région où toute inflammation peut entraîner des désordres considérables, mais encore parce qu'elle procède d'autres altérations, et qu'elle n'est, la plupart du temps, qu'un épiphénomène d'une autre maladie.

Primitif, l'abcès froid est moins grave que l'abcès consécutif ; il serait plus juste de dire qu'on a plus de chance de voir la guérison survenir lorsqu'on opère en temps et lieu, car le pronostic reste toujours sombre, parce qu'alors, dans un organisme ainsi taré, on a toujours suspendu la menace d'une tuberculose généralisée dont les premiers symptômes se sont manifestés dans la région des reins.

Quand l'abcès est consécutif à une tuberculose rénale, la guérison devient de plus en plus rare, car dans ce cas il est fréquent de trouver des poumons profondément atteints. En outre, la bilatéralité des lésions de la glande s'observe dans une proportion considérable, on peut l'évaluer à 50 pour 100 des cas. Néanmoins, la mort, pour ainsi dire fatale à bref délai, a pu être conjurée par l'ouverture de l'abcès et l'extirpation de la glande ; c'est sur ces succès que l'on s'est appuyé pour légitimer l'intervention. Les 3 opérés de M. Tuffier auraient été intéressants à suivre à cet égard si nous avions pu les retrouver.

Brodeur (1) en rapporte plusieurs cas dans sa thèse :
« Il semble, dit cet auteur, que la lésion tuberculeuse, même très prononcée du poumon, ne soit pas une contre-indication formelle à la néphrectomie. »

Le pronostic n'est pas moins grave pour les abcès consécutifs à une tuberculose, mais surtout à une tuberculose vertébrale.

Bref, malgré les cas heureux, on peut dire que les abcès tuberculeux périnéphrétiques sont très graves, puisque sur 32 cas, dont 24 opérés, nous trouvons 6 guéris seulement et 25 morts.

1. Thèse de Paris, 1886.

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'un individu porteur d'un abcès périnéphrétique, manifestement tuberculeux, il y a deux indications à remplir.

La première s'adresse à l'état général qu'il faut soutenir s'il n'est pas trop profondément atteint, qu'il faut relever si la constitution du sujet est déjà profondément altérée. Le traitement médical a donc ici un rôle important à remplir. La seconde indication s'adresse à la lésion elle-même qu'il s'agit de modifier. Cela il faut le demander au traitement chirurgical.

Donc deux moyens de combattre la suppuration périnéphrétique et qu'il faut employer concurremment.

Le premier moyen ne souffre pas de discussion ; il s'agit de combattre la diathèse tuberculeuse et de relever les forces du malade. L'huile de foie de morue, à haute dose ; l'iodoforme en pilules, la créosote associée ou non à l'huile de foie de morue remplissent cette indication. On y adjoindra les préparations toniques, quinquina et fer, sans négliger l'hygiène avec tous ses préceptes. C'est en un mot le traitement de la tuberculose dans toute sa rigueur.

Le traitement chirurgical est plus discutable et plus discuté aussi.

Nous nous trouvons, en effet, en présence de deux méthodes, une méthode simple, palliative, l'autre complexe, radicale.

Dans la première méthode, on se contente de faire la ponction du liquide contenu dans la poche, c'est là une simple évacuation à laquelle on ajoute l'injection dans le kyste purulent de substances pouvant en modifier les parois. C'est généralement la teinture d'iode à laquelle on a recours, ou bien on peut encore injecter une solution de chlorure de zinc à 2 pour 100.

Mais jusqu'alors, cette méthode a donné des résultats bien médiocres, dans ces cas du moins, et il vaut mieux, si nous nous en rapportons aux résultats qui ont été publiés, employer hardiment le procédé le plus radical. L'incision associée au grattage de la poche donne certainement des résultats très supérieurs. D'ailleurs M. Tuffier préfère l'incision qui a l'avantage de montrer les lésions du rein et de faire une ablation partielle de l'organe si la tuberculose est localisée.

Aussitôt qu'on a reconnu l'existence d'une collection liquide périnéphrétique, toutes les précautions antiseptiques étant prises, on pratique une incision de 6 à 10 centimètres, suivant le siège et le volume de l'abcès, et on vide la poche; puis, on reconnaît avec le doigt introduit dans la plaie l'étendue de la lésion; on pratique le grattage de l'abcès aussi complètement que possible avec une curette tranchante, et on lave avec un liquide antiseptique, le chlorure de zinc à 1/50 donne de bons résultats. On bourre la poche ainsi nettoyée avec de la gaze iodoformée et l'on applique sur la plaie un pansement antiseptique maintenu par un bandage de corps.

Il est quelquefois nécessaire de laisser une fistule qui permettra aux matières septiques de s'écouler, et ce

trajet fera plus tard l'objet d'une opération secondaire. Ce traitement pratiqué à temps, et surtout dans des cas d'abcès périnéphrétiques primitifs, permet d'obtenir la guérison.

Mais en est-il de même lorsqu'on opère chez un sujet profondément cachectique et chez ceux dont l'abcès n'est que le symptôme final d'une autre lésion tuberculeuse.

Il est des cas, en effet, où l'individu est tellement affaibli et anémié qu'il ne peut supporter le choc opératoire (Voir Obs. VIII, p. 26), car dans la majorité des cas l'abcès est symptomatique d'une lésion osseuse ou rénale.

Si le point de départ de l'abcès est osseux et siège dans la colonne vertébrale, c'est à cette lésion qu'il faudra s'adresser tout d'abord, et par une intervention bien comprise, on peut voir survenir des modifications heureuses et du côté de l'abcès et du côté des os.

Dans les autres cas, c'est à l'état des reins qu'il faudra d'abord songer.

La néphrotomie et la néphrectomie sont des opérations graves et dont les indications et contre-indications ne sont pas suffisamment établies pour qu'on puisse les donner comme règle. Aussi malgré de nombreux succès n'essaierons-nous pas de discuter ce sujet délicat, qui d'ailleurs ne se rattache que secondairement à la question que nous traitons.

En résumé le traitement médical, associé au traitement chirurgical radical, c'est-à-dire l'incision et le grattage, tels sont les deux moyens que nous offre la thérapeutique pour combattre avec avantage les abcès tuberculeux développés dans le tissu cellulaire périnéphrétique.

CONCLUSIONS

1° La localisation ou l'extension de la tuberculose à l'atmosphère celluleuse du rein est aujourd'hui bien démontrée.

2° Il y a des abcès tuberculeux périnéphrétiques primitifs, mais la plupart du temps ils sont consécutifs à une tuberculose de l'appareil génito-urinaire, cas le plus fréquent, soit à une tuberculose osseuse, soit même à une tuberculose pleuro-pulmonaire.

3° Ils sont remarquables par la lenteur de leur évolution et par les signes constants : douleur et tumeur.

4° D'un pronostic généralement grave, et d'un diagnostic souvent fort difficile, ces abcès sont presque toujours susceptibles d'un traitement chirurgical associé à un traitement général médical.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Besson.** — Gazette médicale de Paris, 1886, p. 521.
Bouilly. — Manuel de Pathologie externe, t. IV, p. 20, 1889.
Bourcy. — Société anatomique, 1882, p. 258.
Brodeur. — Thèse de Paris, 1886.
Chauffard. — Société anatomique, 1880, p. 413.
Champetier de Ribes. — Société anatomique, 1877, p. 562.
Delbet. — Des Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.
Dickinson. — On renal and urinary affections. London, 1885, p. 679-811.
Douillet. — Thèse de Lyon, 1887, p. 38.
Doyen. — Société anatomique, 1882, p. 110.
Damur. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889, p. 573, et Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1889.
Duncan. — Edinburg. med. and surg. Journal, 1881, t. I.
Elder. — Lancet, 1882, t. II.
Fischer. — Sammlung klinisch. Vorträge (Volkmann), n. 253 (chirurgie, n. 79), p. 2153.
Follet. — Bulletin médical, 16 mai 1888.
Gibier de Savigny. — Société anatomique, 1881, p. 464.
Girard. — Société anatomique, 1872, p. 280.
Guyon. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889 et 1890.
Hartley. — British medical journal, 1887, t. II, p. 944.
Hortolès. — Lyon médical, 1879, t. 30, p. 595.
Kraetchmar. — Thèse de Paris, 1872, p. 10.
Lancereaux. — D^{re} encyclop. des sc. méd. (art. rein).
Lannelongue. — Tuberculose vertébrale, p. 370 et 380.

- Le Dentu.** — Maladies chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, p. 330.
- Howard Marsh.** — Lancet, 1888, T. I, p. 469.
- Morris.** — Surgical Diseases of the kidney, London, 1885.
- Morgagni.** — De sedibus et causis morborum, 1767. T. IV, p. 336.
- Naudet.** — Thèse de Paris, 1870, p. 24.
- Nieden.** — Deutsche Archiv für klinische medicin, 1878. T. 22, p. 451.
- Newmann.** — Surgical diseases of the Kidney London, 1888.
- Nivet.** — Société anatomique, 1835. T. I, p. 69.
- Rayer.** — Maladies des reins. T. III, p. 260 et 662.
- Schwartz.** — Société anatomique, 1882, p. 258.
- Tuffier.** — Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein, Stenheil, 1889.
- Tuffier.** — La capsule adipeuse des reins, son rôle au point de vue chirurgical. Revue de chirurgie, 1890.
- Tuffier.** — Incisions chirurgicales du rein. Gazette hebdomadaire, 1890.
- Tuffier et Lejars.** — Les veines de la capsule adipeuse du rein. Archives de physiologie, n° 1, janvier 1891.

